



## Bildungsziel Gesundheit

Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in  
erschweren Lebenslagen

Untersuchungsergebnisse aus der Berufseingangsstufe  
der Berufsfachschulen in Bremen - Schuljahr 2002/03



# **Bildungsziel Gesundheit**

**Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in  
erschwerten Lebenslagen**

Untersuchungsergebnisse aus der Berufseingangsstufe  
der Berufsfachschulen in Bremen - Schuljahr 2002/03



## **Edition Sozialpädiatrie 11/2003**

### **Herausgeber:**

Gesundheitsamt Bremen

### **Verantwortlich:**

Eberhard Zimmermann  
Sozialpädiatrische Abteilung  
Günter Tempel  
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

### **Autorin:**

Elisabeth Horstkotte MPH  
Gesundheitsamt Bremen  
Horner Str. 60/70  
28203 Bremen  
[elisabeth.horstkotte@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:elisabeth.horstkotte@gesundheitsamt.bremen.de)

Auflage: 300

Erscheinungsdatum: 12/2003



## EDITORIAL

Mit der Vorlage des ersten Heftes von EDITION SOZIAL-PÄDIATRIE im Jahre 1991 waren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpädiatrischen Abteilung am Gesundheitsamt Bremen die Verpflichtung eingegangen, ausgewählte eigene Texte: Konzepte und Arbeitsergebnisse, Stellungnahmen und Vorträge auch künftig "in Form" zu bringen und für eine breitere Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen. Mit dem Erscheinen des vorliegenden Berichtes ist diese Selbstverpflichtung erneut eingelöst worden.

Weiterhin nicht beabsichtigt ist, ein neues sozialpädiatrisches Periodikum mit überregionaler Ausstrahlung aufzulegen; die Themen werden bremenbezogen bleiben und die konkreten Arbeitsbezüge der Organisationseinheit widerspiegeln. Ihrem Entstehungsprozess entsprechend stellen die namentlich gezeichneten Artikel keine offiziellen Verlautbarungen bremischer Gesundheitspolitik dar, auch wenn von den Beiträgern erwartet werden kann, dass sie dieser fachliche Impulse geben.

Zu wünschen ist, dass EDITION SOZIALPÄDIATRIE das Verständnis für sozialpädiatrische Sichtweisen und Anliegen fördert, den abteilungsinternen Informationsstand weiter vereinheitlicht und die Diskussionsprozesse mit Kooperationspartnern qualifiziert. Erhofft wird Zustimmung und Kritik; für die Arbeit an ihrem Auftrag "Kinder- und Jugendgesundheit" benötigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung beide Formen der Unterstützung.

Bremen, Dezember 2003





## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Material und Methodik</b>	
2.1	Erhebungs- und Untersuchungskonzept	11
2.2	Untersuchte Population	12
2.3	Jugendliche der Berufseingangsstufe / Berufsfachschule	13
2.4	Repräsentativität	15
<b>3</b>	<b>Jugendliche im Berufsbildungsgang der Berufsfachschule</b>	
3.1	<b>Gesundheitszustand, ärztlicher Handlungsbedarf und berufliche Einschränkungen</b>	<b>17</b>
3.1.1	Ausgewählte Befundgruppen	20
3.1.2	Weitere Befunde	24
3.1.3	Fazit	25
3.2	<b>„Gesundheit ist, wenn ich mich wohl fühle“</b>	
3.2.1	Befragung zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung	27
3.2.2	Fazit	31
3.3	<b>Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen/ Risikoverhalten</b>	
3.3.1	Sportliche Aktivitäten	33
3.3.2	Risikoverhalten	34
3.3.3	Fazit	37
<b>4</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	
4.1	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>39</b>
4.2	<b>Handlungsfelder und Perspektiven</b>	<b>43</b>
4.2.1	Bildungsziel Gesundheit	44
4.2.2	„Bewegte Schule“ – Gesundheitsförderung durch Ernährung, Bewegung und Kultur	45
4.2.3	„Fit für's Leben“ - Konsequenzen für die Gesundheitsbildung im Alltag -	46
4.2.4	Handlungsfelder aus pädagogischer Sicht - Stellungnahme des B/BFS-Kollegiums -	49
4.2.5	Querschnittsaufgabe Gesundheitsbildung - Erwartungen an die Akteure -	51
	<b>Literatur</b>	<b>53</b>
	<b>Anhang</b>	<b>55</b>



***„...Gesundheit entsteht dadurch,  
dass man sich um sich selbst und für andere sorgt,  
dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine  
Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben,  
sowie dadurch,  
dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen Bürgern  
Gesundheit ermöglichen.“***

*(Trojan/Stumm 1992)*



## 1 Einführung

Etwa 10% der Schülerinnen und Schüler eines Altersjahrgangs verlassen bundesweit die Schule ohne Schulabschluss. Hierbei handelt es sich überwiegend um Jugendliche aus bildungsfernen Schichten mit niedrigem sozioökonomischen Status und um Jugendliche mit Migrationshintergrund, die überproportional in Haupt- und Sonderschulen anzutreffen sind.

Schulabgänger ohne Schulabschluss und damit Aussicht auf einen Ausbildungsvertrag werden als „Benachteiligte im Bereich der Beruflichen Bildung“ angesehen [1]. Die internationale Vergleichsstudie PISA hat beeindruckend aufgezeigt, dass für diese Jugendlichen eine wirkliche Chancengleichheit noch nicht erreicht ist. Auch im Stadtstaat Bremen wird die in Deutschland beobachtete überdurchschnittlich starke Abhängigkeit von niedrigem sozialem Status der Eltern und schlechteren Bildungschancen der Kinder beobachtet [2].

„Ohne gleiche Bildungschancen wird Integration nicht gelingen. Bildung ist der Schlüssel für erfolgreiche Integration“ erklärt die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration zum „Tag der Bildung“ am 27.06.2003.

In Bremen erhalten Jugendliche ohne Hauptschulabschluss in ausbildungsvorbereitenden Bildungsgängen der Berufsschulen eine zweite Chance: Sie können einen Schulabschluss nachholen und gleichzeitig eine Berufsausbildung beginnen. Seit vielen Jahren wird hier gezeigt, dass auch diese Jugendlichen durchaus eine Berufsausbildung erfolgreich absolvieren können. In kleinen Klassenverbänden werden neben Haupt- und Sonderschülern u.a. unbegleitete jugendliche Bürgerkriegsflüchtlinge mit z.T. ungeklärtem Aufenthaltsstatus, junge Frauen, die aufgrund kultureller Tradition keine berufliche Perspektive verfolgen dürfen, Jugendliche mit Schulvermeidungsverhalten, mit Drogenproblemen oder Delinquenzbelastung beschult und ausgebildet.

Viele dieser Jugendlichen stammen aus zerrütteten, hochbelasteten Familienverhältnissen. In ihrer Sozialbiografie finden sich in der Regel unterschiedlichste Interventionsmaßnahmen wie z.B. Fördermaßnahmen in Schule und Hort, Erziehungsberatung der Eltern, kinderpsychiatrische Beratung/Behandlung, Familienhelfereinsatz bis hin zur Fremdplatzierung.

Die Heterogenität dieser Gruppe benachteiligter Jugendlicher erfordert ein hohes Maß an pädagogischer, sozialer und sozialpädiatrischer Kompetenz: Unterschiedliche kulturelle Biografien, mangelnde Deutschkenntnisse, schlechte sozioökonomische Bedingungen sowie ein erschwerter Zugang zum gesundheitlichen System lassen hohe psychosoziale und gesundheitliche Risiken erwarten. Aus diesem Grund betrachtet der Schulärztliche Dienst in Bremen die gesundheitliche Beratung dieser benachteiligten Jugendlichen als vorrangige sozialpädiatrische Aufgabe.





## Hintergrund und Zielsetzung

In jedem Schuljahr werden in Bremen an den beruflichen Schulen zweijährige Bildungsgänge „Berufseingangsstufe/ Berufsfachschule (B/BFS)“ als Vollzeitbildungsgang in verschiedenen Berufsfeldern eingerichtet. Die Berufseingangsstufe bietet ausbildungsvorbereitenden Unterricht verbunden mit berufspraktischer Tätigkeit für Jugendliche ab dem 10. Schulbesuchsjahr, die am Ende von 9 Schulbesuchsjahren einer Regel- oder Sonderschule voraussichtlich keinen Hauptschulabschluss erreichen werden.

Für Jugendliche nicht-deutscher Herkunftssprache, die als Seiteneinsteiger in die BRD eingereist sind und für die kein angemessenes schulisches Angebot zur Verfügung steht, werden einjährige Berufswahlvorbereitungskurse mit Sprachförderung durchgeführt.

Grundsätzlich hat jeder Jugendliche, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, vor Beginn seiner beruflichen Ausbildung Anrecht auf eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung. Diese durch Gesetz geregelte Untersuchung ist verpflichtend. Sie soll die gesundheitlichen Voraussetzungen eines Jugendlichen abklären und bei der Wahl eines gesundheitsverträglichen Berufs helfen, z. B.

- bei Berufen mit hohen Anforderungen an die Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- bei bereits bekannten gesundheitlichen Störungen oder Schädigungen mit Begrenzung der Einsatzfähigkeit.

Mit dem Jugendarbeitsschutzgesetz werden aber nur diejenigen Jugendlichen erreicht, die innerhalb des dualen Bildungssystems einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz gefunden haben. Jugendliche in den ausbildungsvorbereitenden Bildungsgängen ohne Ausbildungsplatz haben kein Anrecht auf eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung.

Da die o.g. Gruppe Jugendlicher jedoch hohen psychosozialen und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist, bietet der Schulärztliche Dienst eine berufsorientierte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung und Beratung an.

Zwei Ziele werden hierbei verfolgt: Einerseits trägt die allgemeine Vorsorgemaßnahme zur primären und sekundären Prävention bei, andererseits kann durch die Feststellung der individuellen Leistungsfähigkeit frühzeitig auf gesundheitliche Einschränkungen in Ausbildung und Beruf hingewiesen werden. Vorhersehbare Teilprobleme in der Ausbildung und Fehlstarts in das Berufsleben können auf diese Weise vermieden werden. Die Teilnahmeverpflichtung ist durch das Bremische Schulverwaltungsgesetz geregelt.

(s. Anhang)



---

Die Analyse des Gesundheitszustandes, der gesundheitlichen Selbsteinschätzung und des Risikoverhaltens dieser benachteiligten Jugendlichen leistet einen Beitrag zum Diskurs über Integration und Chancengleichheit Jugendlicher im Gesundheits- und Bildungssystem in Bremen und zeigt Handlungsbedarfe auf. Deshalb berichtet der Schulärztliche Dienst erstmals über gesundheitsrelevante Untersuchungsbefunde, gesundheitliche Selbsteinschätzung und Risikoverhalten von Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen ohne Schulabschluss in Bremen.

Unsere Ergebnisse können auf die 10% der Schüler übertragen werden, die ohne Schulabschluss und ohne Ausbildungsplatz als „Benachteiligte im Bereich berufliche Bildung“ zu den Verlierern in unserem Bildungssystem zählen.





## **2 Material und Methodik**

### **2.1 Erhebungs- und Untersuchungskonzept**

In den ersten Monaten eines neuen Schuljahres findet eine schulärztliche Untersuchung der Schülerinnen und Schüler der Berufseingangsstufe/BFS im ersten Schuljahr zeitgleich mit einer Berufsorientierungsphase statt. Die Schüler erhalten Informationsschreiben zur Zielsetzung der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung sowie Fragebögen zur Anamneseerhebung des Gesundheitsstatus. (s. Anhang)

Die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung beinhaltet ein standardisiertes Seh- und Hörscreening, die Erfassung der metrischen Daten, eine Überprüfung des Impfstatus und eine teilstandardisierte körperliche Untersuchung mit Verhaltensbeobachtung. In einem abschließenden Gespräch im Hinblick auf den Berufswunsch wird unter Hinzuziehung des Fragebogens besonderes Gewicht auf evtl. vorhandene Auffälligkeiten im neurologischen und orthopädischen Bereich und auf das Vorliegen von Allergien gelegt. Bisher nicht abgeklärte Befunde sind Anlass zu einer Arztüberweisung. Auffällige Befunde können zu einer Einschränkung in der Ausübung des derzeitigen oder angestrebten Berufsfeldes führen.

Die Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Befindlichkeit und gesundheitsrelevantes Risikoverhalten wird thematisiert. Es erfolgt ggfs. eine Beratung oder Vermittlung an spezifische Beratungsangebote.

Die schulärztliche Einschätzung des Gesundheitszustandes stützt sich sowohl auf eine körperliche Untersuchung des Jugendlichen als auch auf die Antworten im standardisierten Fragebogen zum Gesundheitszustand, zur gesundheitlichen Befindlichkeit und zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, zum Berufswunsch und zu möglichen Beschwerden am aktuellen Arbeitsplatz. Die Angaben der Jugendlichen sowie das Untersuchungsergebnis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Das für die Ausbildung bzw. die Berufsschule erforderliche Ergebnis der Untersuchung wird dokumentiert und dem Klassenlehrer für die Schülerakte beim Abschlussgespräch ausgehändigt. Die Schüler bzw. ihre Eltern erhalten eine identische Mitteilung, evtl. ergänzt durch Hinweise auf notwendige fachärztliche Kontrolluntersuchungen oder Vorschläge für weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen. (s. Anhang)



## 2.2 Untersuchte Population

Zielgruppe des Untersuchungsangebotes sind Jugendliche der Berufseingangsstufe im ersten Schuljahr, der Sprachklassen und des Projektes „Kreativ in die Zukunft“. Zum Stichtag 15.10.2003 veröffentlichte die Bildungsbehörde folgende Schülerzahlen:

- Berufseingangsstufe/BFS (1. Jahr): 337 Schülerinnen und Schüler
- Sprachklassen: 117 Schülerinnen und Schüler
- Projekt „Kreativ in die Zukunft“: 26 Schülerinnen und Schüler

### **Berufseingangsstufe/ Berufsfachschule (B/BFS)**

Die zweijährige *Berufseingangsstufe/ Berufsfachschule (B/BFS)* nimmt Jugendliche auf, die neun Jahre eine allgemeinbildende Schule besucht, die zu Beginn des Bildungsganges das 15. Lebensjahr beendet haben und deren Leistungsergebnisse darauf schließen lassen, dass innerhalb der 10-jährigen allgemeinen Schulpflicht der Hauptschulabschluss nicht mehr erreicht werden kann.

Im ersten Schuljahr erfolgt eine Ausbildungsvorbereitung, in der die allgemeine Bildung und die Grundfertigkeiten gesichert werden. Gleichzeitig wird mit der beruflichen Grundbildung in verschiedenen Berufsfeldern begonnen, wobei die Schüler zu Beginn des Schuljahres zwei festgelegte Berufsfelder zur generellen Orientierung durchlaufen.

- 70 % der gemeldeten Schülerinnen und Schüler (337/480) waren für die Berufseingangsstufe (B/BFS) vorgesehen. An der schulärztlichen Untersuchung nahmen 277 der 337 Schülerinnen und Schüler teil. Für 276 Schülerinnen und Schüler lagen auswertbare Daten vor.

Diese hohe Teilnahmequote von 82 % spricht für eine sehr hohe Akzeptanz des Untersuchungsansatzes durch die Betreuungs- bzw. Klassenlehrer, die hochengagiert auch chronische „Null-Bock-Schülerinnen und Schüler“ letztendlich doch noch zu einer Teilnahme an der Untersuchung motivieren konnten.

Obwohl auf Grund unserer eigenen Daten keine Aussage über die psychosoziale oder gesundheitliche Situation der nicht untersuchten Schüler (18%) gemacht werden kann, lassen Beobachtungen der unterrichtenden Lehrer jedoch den Schluss zu, dass es sich bei diesen besonders schwer zu erreichenden Schülern überwiegend um Jugendliche in außergewöhnlichen Lebenssituationen wie z.B. Kriminalität und Drogensucht handelt.

### **Berufswahlvorbereitungskursen mit Sprachförderung**

In den *Berufswahlvorbereitungskursen mit Sprachförderung* (Vollzeitunterricht) werden nicht-deutsche Jugendliche und Aussiedler gefördert, die in der Regel als schulpflichtige sog. Quereinsteiger nach Deutschland gekommen sind, über unterschiedliche schulische Vorkenntnisse und sehr begrenzte Deutschkenntnisse verfügen.



- Die Teilnahmequote der Schülerinnen und Schüler der Sprachklassen lag mit 28 % deutlich unter der Teilnahmequote der B/BFS-Schülerinnen und Schüler. Die Gründe für diese geringe Teilnahmequote sind vielfältig: Ein großer Teil der Schülerinnen und Schüler der Sprachklassen war schon im aktuellen Kalenderjahr als sog. „Quereinsteiger“ schulärztlich untersucht worden. Andere Schülerinnen und Schüler hatten schon im vorherigen Schuljahr im Rahmen einer B/BFS-Maßnahme an der schulärztlichen Untersuchung teilgenommen, so dass bei diesen Schülerinnen und Schülern auf eine erneute Untersuchung verzichtet werden konnte. Andere Schülerinnen und Schüler hatten zwischenzeitlich die Klasse gewechselt oder erschienen nur sporadisch zum Unterricht.

### **Projekt „Kreativ in die Zukunft“**

Im Projekt „*Kreativ in die Zukunft*“ werden schulpflichtige Jugendliche, die die Teilnahme am Unterricht aus den verschiedensten Gründen über längere Zeiträume hartnäckig verweigern und nicht mehr von der Schule erreicht werden können, durch Lehrer und Sozialpädagogen betreut. In dieser Gruppe befinden sich überwiegend Jugendliche mit zusätzlichen Problemen und Risiken wie z.B. Drogenprobleme, Delinquenz, Obdachlosigkeit. Pädagogisches Ziel ist eine soziale Stabilisierung, Vorbereitung einer Lebensperspektive und gesellschaftliche Integration. Diese Jugendlichen werden in der Regel über den Beratungsdienst Schulvermeidung vermittelt.

- Nur ein sehr geringer Anteil dieser Jugendlichen (19%) konnte unter großem persönlichen Einsatz der Betreuer für eine schulärztliche Untersuchung und Beratung gewonnen werden. Auch hier war eine Information und Begleitung zur Untersuchung nur für diejenigen Schülerinnen und Schüler möglich, die auch tatsächlich im Untersuchungszeitraum im Projekt erschienen waren.

(Anhang Tabelle 1)

## **2.3 Jugendliche in der Berufseingangsstufe/ BFS**

Im weiteren Bericht werden die Untersuchungsergebnisse der Schülerinnen und Schüler im ersten Schuljahr der Berufseingangsstufe/ BFS vorgestellt und diskutiert.

Der Anteil der Schüler an den berufsvorbereitenden Vollzeitausbildungsgängen im Schuljahr 2002/03 betrug 70%. Bei einer Teilnahmequote an der schulärztlichen Untersuchung von 82% kann für diese Gruppe nahezu von einer Vollerhebung ausgegangen werden.

Über die Schülerinnen und Schüler der Sprachklassen und des Projektes „Kreativ in die Zukunft“ kann aufgrund der Heterogenität der Gruppe und der relativ geringen Zahl keine valide Aussage gemacht werden. Es ist aber davon auszugehen, dass zumindest die Schülergruppe des Projektes „Kreativ in die Zukunft“ größeren psychosozialen und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist.



## **Altersverteilung und Geschlecht**

Das Alter der Schülerinnen und Schüler in den B/BFS-Klassen lag zwischen 15 und 20 Jahren. Der Median in der Altersverteilung lag sowohl in der Gruppe der weiblichen und männlichen Jugendlichen als auch in der Gruppe der deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen bei 16,0 Jahren. (Anhang Tabelle 2)

Das Geschlechterverhältnis, 59,4% männliche und 40,6% weibliche Jugendliche, entsprach in seiner Verteilung sowohl der von der Bildungsbehörde am 15.10.2002 veröffentlichten Gesamtschülergruppe als auch der gemeldeten Untergruppe der B/BFS-Schülerinnen und Schüler.

Verglichen mit der Geschlechtsverteilung der 15-18jährigen Jugendlichen in Bremen (50,7% männlich/ 49,3% weiblich; Statistisches Jahrbuch 2002) sind jedoch in Ziel- und Untersuchungsgruppe die männlichen Jugendlichen mit 59,4% deutlich überrepräsentiert.

Diese Verschiebung in Richtung zunehmenden Jungenanteils wird in der Regel in allen unteren Bildungsgängen (Haupt- und Sonderschulen) beobachtet.

## **Nationalität und Deutschkenntnisse**

Jugendliche mit Migrationshintergrund gehören zu den Verlierern in unserem Bildungssystem. Im Jahr 2001 kamen im Land Bremen auf jeden deutschen Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss zwei nicht-deutsche Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss (19% vs. 9%) [3].

Aus methodischen Gründen wird in unserem Bericht der Kreis der Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf die Staatsangehörigkeit „Nicht-Deutsche“ (Ausländer) reduziert, obwohl der Begriff „Migranten“ nicht nur nicht-deutsche Ausländer und Ausländerinnen, sondern auch Aussiedler und Aussiedlerinnen (mit Vorfahren deutscher Herkunft) und Eingebürgerte beinhaltet. Die Gruppe der Aussiedler und Aussiedlerinnen und der Eingebürgerten ist mit unseren Daten nicht darstellbar und muss in diesem Bericht vernachlässigt werden.

Nahezu 40% der untersuchten Jugendlichen waren Nicht-Deutsche. Im Vergleich hierzu besaßen nur 17% der 10- bis 19-jährigen im Land Bremen in 2001 und nur 18,5 % aller Schulanfänger im Einschulungsjahr 2002/03 (Stadtgemeinde Bremen) keine deutsche Staatsangehörigkeit.

Etwa die Hälfte der nicht-deutschen Jugendlichen (47%) besaß die türkische Staatsangehörigkeit. Zu der Gruppe der Schülerinnen und Schüler mit der Bezeichnung „sonstige“ Nationalität (keine deutsche oder türkische Staatsangehörigkeit) zählten Jugendliche mit unterschiedlichem kulturellem Kontext aus Ost-, Südost- und Südeuropa, sowie Asien und Afrika.

Zwischen den deutschen und den nicht-deutschen Jugendlichen zeigten sich signifikante Unterschiede in der Geschlechtsverteilung:

Während sich bei den deutschen Jugendlichen das Geschlechterverhältnis nur geringfügig von dem der Altersgruppe der 15 – 18-jährigen in Bremen unterschied (54% männlich vs. 46% weiblich), lag der Anteil der nicht-deutschen männlichen Jugendlichen mit 67% weit über dem Anteil der Altersgruppe der 15-18-jährigen männlichen Jugendlichen in Bremen ( $p < 0,05$ ).



Entsprechend lag der Anteil der nicht-deutschen weiblichen Jugendlichen (33%) weit unter dem Anteil der Altersgruppe der 15-18-jährigen weiblichen Jugendlichen in Bremen. (Anhang: Tabelle 3)

Diese Geschlechtsverschiebung mag darin liegen, dass nicht-deutsche Mädchen in der Schule erfolgreicher sind als nicht-deutsche Jungen [10]. Es kann aber auch bedeuten, dass einem Teil der nicht-deutschen Mädchen aufgrund der Geschlechterrollen innerhalb ihrer Kulturkreise keine weitere Ausbildung ermöglicht wird (frühe Heirat, Aufgaben in der Familie etc.).

Gute deutsche Sprachkenntnisse werden als ein Indikator für eine gelungene soziale Integration gewertet. Vor diesem Hintergrund muss festgestellt werden, dass zwar 58% der Jugendlichen über gute Deutschkenntnisse verfügte. 42% der Jugendlichen beherrschte jedoch die deutsche Sprache nur eingeschränkt:

- 90% der nicht-deutschen Jugendlichen beherrschten die deutsche Sprache nicht fließend. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich in dieser Gruppe ein nicht unerheblicher Anteil Jugendlicher befindet, deren Eltern als Arbeitsmigranten nach Deutschland gekommen sind und dass diese Jugendlichen in Deutschland geboren wurden.
- 12% der deutschen Jugendlichen beherrschten die deutsche Sprache nicht fließend, die Verständigung war jedoch zufriedenstellend.

Es kann angenommen werden, dass dieses jugendliche Aussiedler und Aussiedlerinnen mit Vorfahren deutscher Herkunft sind. (Anhang Tabelle 4)

## 2.4 Repräsentativität

Für den vorliegenden Bericht wurden die Daten aller im Schuljahr 2002/03 untersuchten Schüler der Berufseingangsstufe/BFS im ersten Jahr ausgewertet. Bei einer Teilnahmequote von 82% kann nahezu von einer Vollerhebung des ersten Jahrgangs der Berufseingangsstufe/BFS in Bremen gesprochen werden.

Die untersuchte Gruppe entsprach in ihrer Geschlechtsverteilung und in der Verteilung Deutsche/ Nicht-Deutsche der Grundgesamtheit der B/BFS-Schülerinnen und Schüler.

Über die nicht untersuchten Schülerinnen und Schüler lagen zum Zeitpunkt der Datenauswertung keine verwertbaren Angaben vor. Es ist aber davon auszugehen, dass auch diese Schülerinnen und Schüler sich zumindest in Geschlecht und Nationalität nicht wesentlich von der Grundgesamtheit unterscheiden. Die Vermutung, dass sich die nichtteilnehmenden Jugendlichen überwiegend in außergewöhnlich ungünstigen Lebensumständen (z.B. Drogen sucht, Kriminalität) befinden und somit ein verschärftes gesundheitliches Risiko tragen, führt zu einer eher konservativen Betrachtung unserer Ergebnisse.

Die Untersuchungsergebnisse können als repräsentativ für die Gruppe der B/BFS-Schülerinnen und Schüler angesehen werden. Obwohl die hier gemachten Aussagen nur für die untersuchte Gruppe gültig sind, ist die Bedeutung einer annähernden Vollerhebung einer definierten Teilgruppe als Planungs- und Diskussionsgrundlage und zur Bildung von Hypothesen unbestritten [4].







### **3 Jugendliche im Berufsbildungsgang der Berufsfachschule**

Im folgenden Teil werden die Ergebnissen der schulärztlichen Untersuchung der Schülerinnen und Schüler des Berufsbildungsganges/ Berufsfachschulen vorgestellt. Sie können als repräsentativ für diese definierte Gruppe, immerhin etwa 7-8% der Schüler einer 9./10. Jahrgangsstufe in Bremen, angesehen werden.

Da im Gesundheitszustand, der gesundheitlichen Selbsteinschätzung und dem Risikoverhalten der Jugendlichen Geschlechterdifferenzen zu erwarten waren, wurden sämtliche Variablen getrennt nach Geschlecht ausgewertet. Auch der Vergleich deutsche mit nicht-deutschen Jugendlichen wurde geschlechtssensibel betrachtet, hierdurch konnten Verzerrungen vermieden werden.

Bei Ergebnissen, auf die das Geschlecht und die Nationalität keinen Einfluss hatten, wurde der Übersichtlichkeit halber auf eine detaillierte Darstellung verzichtet. Nur bei signifikanten Unterschieden in Geschlecht und/oder Nationalität wurden Ergebnisse ausführlicher dargestellt.

#### **3.1 Gesundheitszustand, ärztlicher Handlungsbedarf und berufliche Einschränkungen**

Zur Einschätzung des Gesundheitszustandes wurden neben den Ergebnissen des Seh- und Hör-Screenings, der teilstandardisierten körperlichen Untersuchung und der Verhaltensbeobachtung die anamnestischen Angaben aus dem Fragebogen hinzugezogen. Durch Nachfragen wurden Beschwerden und Beeinträchtigungen näher qualifiziert und somit eindeutige Erkenntnisse gewonnen.

Diese wurden als medizinisch relevante Befunde unabhängig davon, ob sich der Jugendliche zur Zeit in ärztlicher Behandlung befand oder nicht, dokumentiert:

- ❖ Medizinisch relevante Befunde stellten gesundheitliche Beeinträchtigungen für die Jugendlichen dar und erforderten häufig eine weitere Diagnostik oder Therapie.
- ❖ Arztüberweisungen wurden nur veranlasst, wenn ein Befund abklärungs- oder behandlungsbedürftig war und bisher keine ärztliche Abklärung oder Behandlung stattgefunden hatte.
- ❖ Einschränkungen in der beruflichen Tätigkeit wurden sorgfältig abgewogen, um die Motivation der Jugendlichen zu einer Ausbildung nicht zu gefährden. In Ausnahmefällen musste das Berufsfeld gewechselt werden.



- Medizinisch relevante Befunde wurden bei drei von vier der untersuchten Jugendlichen (77,5%) festgestellt. Nur jeder 4. Jugendliche konnte als völlig gesund bezeichnet werden.
- Mehr als die Hälfte der Jugendlichen (56%) musste zur weiteren Befundabklärung oder Behandlung weitergeleitet werden.
- Einschränkungen in der beruflichen Tätigkeit wurden bei jedem 4. Jugendlichen (26%) festgestellt. (Anhang Tabelle 5)

Bei den weiblichen Jugendlichen fanden sich gegenüber den männlichen Jugendlichen überproportional häufig medizinisch relevante Befunde (87% vs. 71%) sowie berufliche Tätigkeitseinschränkungen (35% vs. 19,5%) ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,05$ ).

- Deutsche weibliche Jugendliche wiesen gegenüber nicht-deutschen weiblichen Jugendlichen signifikant häufiger medizinisch relevante Befunde auf (95% vs. 67%;  $p < 0,001$ ).
- Bei nahezu der Hälfte der deutschen weiblichen Jugendlichen musste eine Einschränkung in der beruflichen Tätigkeit festgestellt werden.

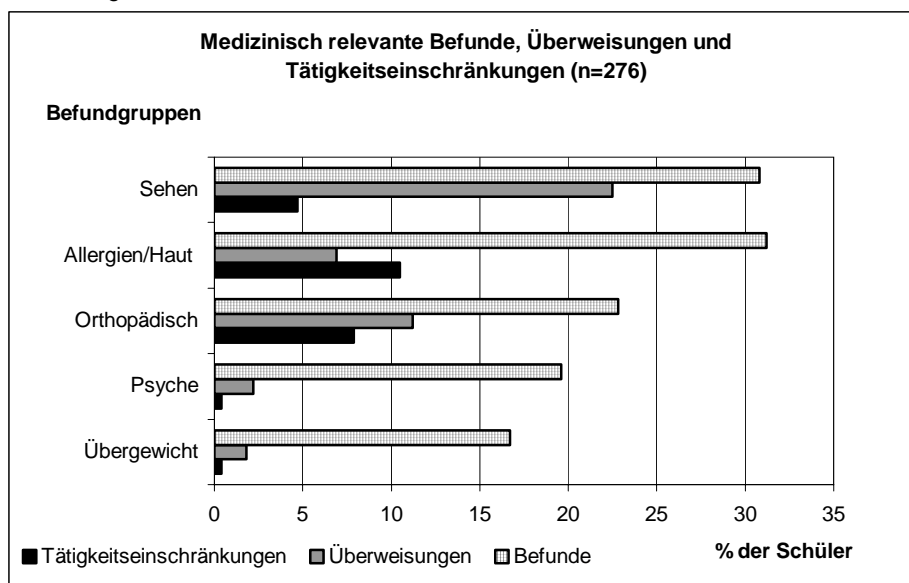
Abbildung 1 zeigt eine Übersicht über die häufigsten medizinisch relevanten Befunde, Überweisungen und Tätigkeitseinschränkungen.

(Anhang Tabellen 6 – 12)

Die häufigsten Befunde waren:

- 31,2% Allergien/Hauterkrankungen,
- 30,8% Sehschwächen,
- 22,8% orthopädische Befunde,
- 19,6% psychische Befunde,
- 16,7% Übergewicht.

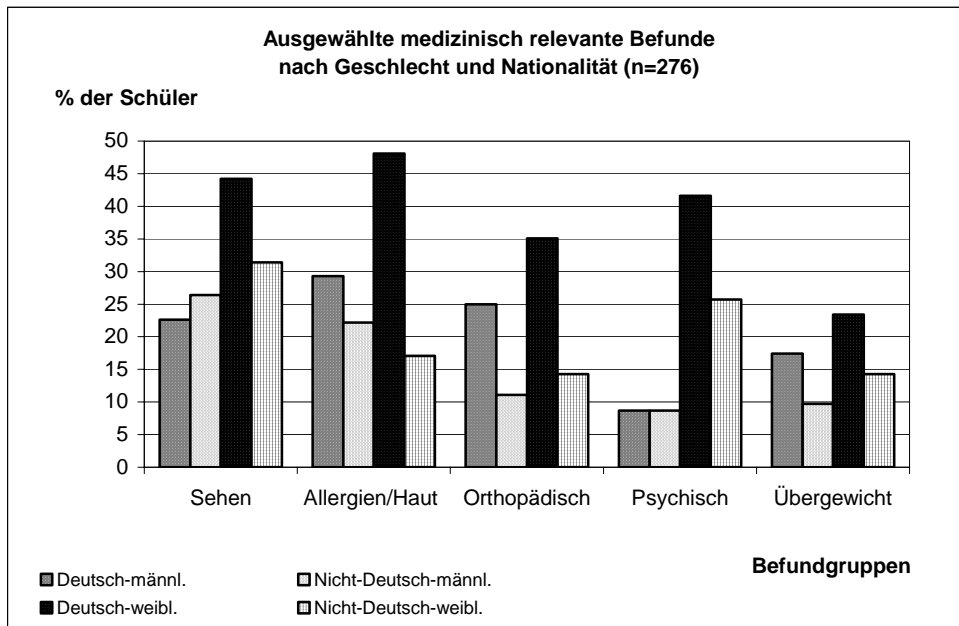
Abbildung 1:





Der Anteil der weiblichen Jugendlichen lag auch innerhalb der unterschiedlichen Befundgruppen über dem Anteil männlicher Jugendlicher, in den Befundgruppen Sehen und psychische Auffälligkeiten waren diese Geschlechtsunterschiede signifikant ( $p < 0,05$  /  $p < 0,001$ ). (Abbildung 2)

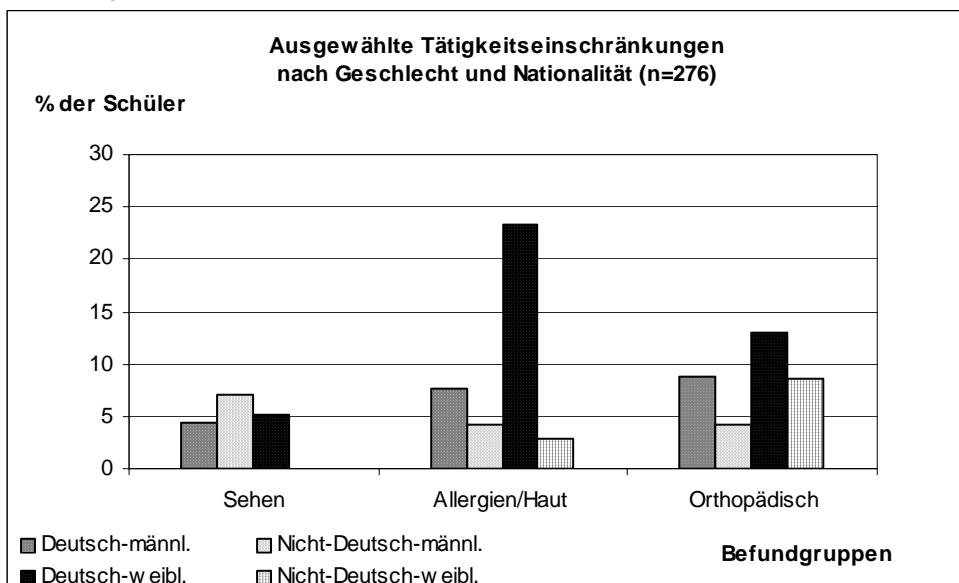
Abbildung 2:



Während bei den medizinisch relevanten Befunden Sehschwächen und Allergien/Hauterkrankungen an erster Stelle standen, mussten Tätigkeitseinschränkungen überwiegend auf Grund von Allergien/Hauterkrankungen oder orthopädischer Probleme ausgesprochen werden.

(Abbildung 3)

Abbildung 3:





### 3.1.1 Ausgewählte Befundgruppen

#### Seh- und Hörschwächen

Sehschwächen des Auges im Jugendalter sind in der überwiegenden Zahl Brechungsfehler, insbesondere die im Jugendalter beginnende Kurzsichtigkeit. Weiterhin zählen Schielen, mangelndes räumliches Sehen, Farbsehschwächen (überwiegend rot-grün betreffend) und Schwachsichtigkeit aus anderen Gründen zu dieser Befundgruppe.

Mit 31% stehen Beeinträchtigungen im Sehen neben den Allergien/ Hauterkrankungen an erster Stelle der medizinisch relevanten Befunde.

23% aller Jugendlichen musste zu einer augenärztlichen Untersuchung überwiesen werden. Bei 4,7% führt die Sehschwäche zu einer beruflichen Tätigkeitseinschränkung: z. B. sind Berufswünsche wie Maler oder Elektriker mit einer Farbsehschwäche nicht vereinbar, bei einer räumlichen Sehschwäche können feinmechanische Tätigkeiten nicht optimal durchgeführt werden.

Nach eigenen Angaben besaß jeder fünfte Jugendliche eine Brille. Allerdings hatte knapp die Hälfte dieser Jugendlichen trotz Brille kein ausreichendes Sehvermögen! Der Anstieg von 11-13% Sehstörungen im Sehscreening der 5. Klassenstufe in Bremen auf 30% in dieser Altersstufe ist in der Regel durch Brechungsfehler bedingt und erklärt sich überwiegend durch die im Jugendalter beginnende Kurzsichtigkeit. Ähnliche Studien berichten von 30% Sehstörungen bei Jugendlichen aus 9. Klassen bzw. etwa einem Drittel Sehstörungen bei Musterungsuntersuchungen von jungen Erwachsenen [5].

Eine Beeinträchtigung des Hörens wurde nur bei vier Jugendlichen (1,4%) festgestellt. Obwohl vorausgesetzt werden kann, dass die untersuchten Jugendlichen sich in ihrem Freizeitverhalten nicht wesentlich von anderen Gleichaltrigen unterscheiden, steht dieser Befund in auffälliger Diskrepanz zu anderen Berichten über das Auftreten von Hörschwächen bei Jugendlichen durch Walkman bzw. laute Diskomusik. Möglicherweise sind diese Hörschwächen im Jugendalter nur latent vorhanden und manifestieren sich erst im jungen Erwachsenenalter. (Anhang Tabelle 4)



## **Allergien und andere Hauterkrankungen**

Allergien zählen zu den häufigsten Ursachen für gesundheitlich bedingte Berufsabbrüche bei Jugendlichen. Eine allergische Disposition wird bei etwa 20% der jungen Erwachsenen angenommen [4]. Allergische Atemwegserkrankungen und schwere Hauterkrankungen können durch unterschiedlichste berufsspezifische Belastungen durch Tätigkeiten z.B. als Bäcker, Maler, Lackierer, Schweißer, Friseur, Florist etc. ausgelöst werden. Um so wichtiger erscheint es, vor Berufs- bzw. Ausbildungsbeginn eine allergische Veranlagung oder Erkrankung festzustellen, um ggf. eine gesundheitliche Beratung im Hinblick auf den Berufswunsch durchführen zu können. Informationen zu Allergien und Asthma entstammten in der Regel den Angaben aus dem Fragebogen und wurden zusätzlich bei der Untersuchung erfragt. Hautveränderungen wurden im Rahmen der körperlichen Untersuchung festgestellt.

(Anhang Tabelle 7)

In unseren Ergebnissen wurden allergische Erkrankungen und nichtallergisch bedingte Hauterkrankungen zu einer Befundgruppe zusammengefasst, da sie in der Regel zu ähnlichen berufsbedingten Tätigkeitseinschränkungen führen:

- 31% der untersuchten Jugendlichen (26% männlich vs. 38% weiblich) litten an Allergien oder anderen Hauterkrankungen.
- Für jeden dritten dieser Jugendlichen musste eine Einschränkung in der beruflichen Tätigkeit ausgesprochen werden bzw. die Berufswahl eingegrenzt werden.
- Weibliche deutsche Jugendliche waren signifikant häufiger durch Allergien/Hauterkrankungen belastet als weibliche nicht-deutsche Jugendliche (48% vs. 17%;  $p < 0.01$ ).
- Nahezu bei jeder zweiten der weiblichen deutschen Jugendlichen mit Allergien/Hauterkrankungen musste eine Tätigkeitseinschränkung ausgesprochen werden ( $p < 0,01$ ).

Befragungen im Rahmen der hessischen Teilstudie zum WHO-Jugendgesundheits-survey 2002 deuteten auf eine Zunahme allergischer Erkrankungen hin. Bei Jugendlichen in 9. Klassen betrug die angegebene Allergierate 36% (Haupt-, Realschulen, Gymnasien), bei Hauptschülern aus 5.-9. Klassen betrug die Rate 30%. Geht man demnach bei Hauptschülern in 9. Klassen von einer Allergieprävalenz zwischen 30% und 36% aus, spiegeln unsere Ergebnisse von 31% bzw. 48% Allergien/Hauterkrankungen ein deutlich erhöhtes Risiko wider [6]. Psychische Belastungen und Stress verstärken neben umweltbedingten Faktoren negative Immunprozesse bei Allergien und chronische Hauterkrankungen. Die von uns untersuchte Gruppe Jugendlicher erscheint hierdurch besonders gefährdet.



## **Orthopädische Befunde**

Da neben allergischen Erkrankungen orthopädische Beschwerden oder Erkrankungen zu den häufigsten Berufsabbrüchen führen, ist die Einschätzung der körperlichen Belastungs- und Leistungsfähigkeit des Jugendlichen im Beruf unverzichtbar. Anamnestische Angaben sowie eine körperliche Untersuchung ergeben wichtige Hinweise auf mögliche Belastungseinschränkungen. Auffälligkeiten im Bereich der Wirbelsäule, Gelenke, Knochen und Muskulatur sind in der orthopädischen Befundgruppe zusammengefasst.

- Bei nahezu jedem vierten Jugendlichen (23%) wurde im Rahmen unserer Untersuchung ein medizinisch relevanter Befund im Bereich des Knochenapparates und Stützsystems festgestellt. Hierbei handelt es sich überwiegend um Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und der Gelenke, insbesondere der Hüft- und Kniegelenke.

Deutsche Jugendliche waren signifikant häufiger von orthopädischen Problemen betroffen als nicht-deutsche Jugendliche (30% vs. 12%;  $p < 0.05$ ).

Orthopädische Probleme traten sowohl bei den deutschen als auch bei den nicht-deutschen weiblichen Jugendlichen häufiger auf als bei den männlichen Jugendlichen (Deutsche: 35% weiblich vs. 25% männlich; Nicht-Deutsche: 14% weiblich vs. 11% männlich).

Zum Vergleich: In unserer Untersuchung fanden sich doppelt so viel Jugendliche mit orthopädischen Befunden wie bei Jugendlichen in 10. Klassen in Brandenburg [5].

Dieser hohe Anteil orthopädischer Probleme kann als Ausdruck nichtangemessener Adaption an die Umwelt gewertet werden. Nicht ausreichendes körperliches Training oder Überforderung durch Leistungserwartung kann zu orthopädischen Problemen führen.

Mehr als ein Drittel unserer Jugendlichen mit einem orthopädischen Befund war nur eingeschränkt beruflich belastbar: z.B. bei Arbeiten in verschiedenen Körperhaltungen, beim Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel etc. (Anhang Tabelle 6)

## **Gewichtsprobleme – Essstörungen?**

Ernährungs- und Essgewohnheiten spielen für die Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens sind wegen ihrer langfristigen gesundheitlichen Relevanz von besonderer Wichtigkeit. In Deutschland wird von 15-25% übergewichtigen Kindern und Jugendlichen ausgegangen. Zwischen Übergewicht und späteren Herz-/Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus und Arthrose besteht ein enger Zusammenhang. Zudem geht Übergewicht häufig mit sozialer Isolation und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls einher.

Übergewicht wurde in unserer Untersuchung dokumentiert, wenn der gemessene Wert des Körpergewichtes in Bezug auf die Körpergröße im Vergleich zu einer Referenzpopulation oberhalb der 97%-Perzentile lag.



17% aller Jugendlichen (14% männlich vs. 21% weiblich) waren hiernach übergewichtig. Unter den nichtdeutschen Jugendlichen fanden sich weniger Übergewichtige als unter den deutschen Jugendlichen. Übergewicht ist abhängig vom sozialen Status und unterscheidet sich deutlich nach Schultypen. Der hohe Anteil von 14% Übergewicht bei männlichen und 21% bei weiblichen Jugendlichen korrespondiert mit Untersuchungsergebnissen in 9. Klassen in Münster und 16-jähriger Jugendlicher an Förderschulen im Land Brandenburg [6, 7].

Untergewicht wurde entsprechend unterhalb der 3%-Perzentile dokumentiert. 6% aller Jugendlichen (3% männlich vs. 8% weiblich) waren untergewichtig. Da Hintergründe für Untergewicht nicht dokumentiert wurden, konnte keine Einschätzung über eine mögliche Essstörung erfolgen.

(Anhang Tabelle 7)

### **Neurologische Befunde und psychische/psychosoziale Auffälligkeiten**

Neurologische Störungen betreffen überwiegend Anfallsleiden, cerebrale Bewegungsstörungen und psychomotorische Störungen.

Zu den psychisch/psychosozialen Auffälligkeiten zählen emotionale, psychosomatische und psychiatrische Störungen. Bis auf wenige offensichtliche Auffälligkeiten wie cerebrale Bewegungsstörung, ADHS oder Anorexie müssen neurologische und psychisch/psychosoziale Auffälligkeiten in der Untersuchungssituation anamnestisch geklärt werden.

Neben 5% neurologischer Auffälligkeiten, die im Rahmen der Untersuchung festgestellt werden konnten, wurden bei 20% der Jugendlichen psychisch/psychosoziale Auffälligkeiten festgestellt. In dieser Befundgruppe zeigte sich ein weiterer hochsignifikanter Geschlechtsunterschied zu Ungunsten der weiblichen Jugendlichen (37% weiblich vs. 8% männlich;  $p < 0,001$ ). (Anhang: Tabelle 8)

Das Auftreten psychischer Störungen im Jugendalter wird in Deutschland auf ca. 15-20% geschätzt. Hierunter fallen u.a. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, suizidales Verhalten, Schmerzsyndrome und Essstörungen [5]. Psychisch/psychosomatische Befunde konnten auf Grund methodischer Schwierigkeiten in unserer Untersuchung nicht weiter differenziert werden. Dennoch weist das hohe Ausmaß dieser Befunde auf eine verstärkte seelische Belastung dieser Jugendlichen hin.





### **3.1.2 Weitere Befunde**

Auffällige Befunde im Bereich der Atemwege, des Herzens und der Bauchorgane fanden sich in 5-8% der Untersuchungen. Hierzu zählen u.a. Bronchitiden nichtallergischen Ursprungs, Herz-/Kreislaufkrankungen, Magen-/Darmerkrankungen sowie Erkrankungen der Nieren- und Harnwege und der Geschlechtsorgane.

Zu endokrinologischen Befunden zählen sämtliche Erkrankungen der Drüsen wie z.B. Diabetes mellitus (Bauchspeicheldrüse) oder Schilddrüsenfunktionsstörungen. Endokrinologische Befunde wurden bei 3% der Untersuchten festgestellt. Da diese Befundgruppe nicht weiter ausdifferenziert wurde, kann keine Aussage über den Stellenwert der Einzelbefunde gemacht werden.

Sonstige Befunde wurden bei 9% der Jugendlichen angegeben. Hier wurden Kreislaufregulationsstörungen, Migraine, rheumatische Beschwerden, Zustand nach Schussverletzung, Zustand nach Schwangerschaftsunterbrechung, Krampfadern, Teilleistungsschwäche, geistige Behinderung dokumentiert. (Anhang Tabelle 9)



### 3.1.3 Fazit

Die berufsbezogene Gesundheitsvorsorgeuntersuchung in der Gruppe benachteiligter Jugendlicher zeigt alarmierende Ergebnisse. Nur jeder 4. Jugendliche wies keinen auffälligen Befund auf:

- 3 von 4 Jugendlichen wiesen einen medizinisch relevanter Befund auf.
- Nahezu jeder zweite Jugendliche benötigte eine Überweisung zur weiteren Diagnostik oder Therapie.
- Bei jedem 4. Jugendlichen musste eine Einschränkung für berufliche Tätigkeiten ausgesprochen werden.

Die häufigsten Befunde betrafen jeweils mit rund 31% Allergien/Hauterkrankungen und Sehschwächen, gefolgt von orthopädischen Befunden, psychisch/ psychosozialen Auffälligkeiten und Übergewicht (17% - 23%). Untersuchungen von Haupt- und Sonderschüler anderer Bundesländer wiesen ähnliche Ergebnisse in den Befundgruppen Allergie/Haut, Sehschwächen und Übergewicht auf.

Psychisch/psychosoziale Auffälligkeiten und orthopädische Befunde wurden in unserer Untersuchung häufiger beobachtet als in vergleichbaren Untersuchungen.

Das hohe Ausmaß an psychischen/psychosozialen Auffälligkeiten verwundert nicht. Der in der Literatur beschriebene enge Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Gefühl der Kohärenz<sup>1)</sup> lässt erwarten, dass bei benachteiligten Jugendlichen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status, mangelnder sozialer Unterstützung und Perspektivlosigkeit dieses Kohärenzgefühl unzureichend ausgebildet ist und sich demzufolge negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt.

Medizinisch relevante Befunde führten in unterschiedlichem Maß zu Tätigkeitseinschränkungen. Während Sehschwächen nur selten eine Tätigkeitseinschränkung nach sich zogen, waren Jugendliche mit orthopädischen Befunden in 30% der Fälle nur eingeschränkt beruflich belastbar.

Durchweg waren weibliche Jugendliche von medizinisch relevanten Befunden und Tätigkeitseinschränkungen stärker betroffen als männliche Jugendliche. Hier spiegelt sich der in der Literatur beschriebene gesundheitsbezogene Geschlechterwandel wider. Während im Kindesalter Jungen häufiger erkranken und mehr Medikamente erhalten, wendet sich dieses Verhältnis in der Adoleszenz zu Ungunsten der Mädchen. Insbesondere die Gruppe der weiblichen deutschen Jugendlichen zeigte in allen Befundgruppen eine hohe Morbidität:

- 38% der weiblichen Jugendlichen und hier insbesondere die deutschen Jugendlichen litten an Allergien/ Hauterkrankungen.
- Bei jeder zweiten dieser Jugendlichen mit Allergien/ Hauterkrankungen musste eine berufliche Einschränkung festgestellt werden.

Möglicherweise handelt es sich hier um einen „Stress“-Faktor, denn neben umweltbedingten Faktoren verstärken psychische Belastungen und Stress negative Immunprozesse bei Allergien und chronische Hauterkrankungen.

Diese Befunde sind umso bedeutsamer, da viele Berufsfelder, die weiblichen Jugendlichen offen stehen (u.a. Bäcker/Konditor, nahrungsmittelverarbeitende Berufe, Körperpflegeberufe, Reinigungsberufe, Friseure, Floristen) bei einer entsprechenden Disposition langfristig allergische Reaktionen auslösen und evtl. zu Berufsunfähigkeit führen können.

Überraschend war, dass nichtdeutsche Jugendliche insgesamt gesünder schienen als deutsche Jugendliche. Dieses Ergebnis deckt sich mit Forschungsergebnissen von Hermann u. Mielck [8]. Ursache für die bessere gesundheitliche Lage nicht-deutscher Jugendlicher könnte demzufolge sein, dass trotz niedrigem sozio-ökonomischem Status das familiäre Netzwerk („Soziales Kapital“: z.B. viele Geschwister, mehrere Generationen im Familienverbund) eine gesundheitsfördernde Ressource darstellt, die die sozio-ökonomische Benachteiligung dieser Jugendlichen ausgleicht. Andererseits könnte auch ein anderes Krankheitsverständnis vorhanden sein: bestimmte Beschwerden (z.B. fehlende Regelblutung) könnten als nicht relevant, bzw. ohne Krankheitserleben gewertet werden.

<sup>1)</sup> Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit der Welt: das Vertrauen in sich selbst, offene und komplexe Lebenssituationen bewältigen zu können





## 3.2 „Gesundheit ist, wenn ich mich wohl fühle“<sup>1)</sup>

### *Ergebnisse einer schriftlichen Befragung*

Gesundheit in einem ganzheitlichen Lebenskonzept ist nicht nur durch Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern setzt körperliches, soziales und emotionales Wohlbefinden voraus<sup>2)</sup>.

Ob ein Jugendlicher sich gesund fühlt oder nicht, ist abhängig von seinem subjektiven Wohlbefinden. Dieses muss nicht unbedingt mit der ärztlichen Einschätzung seines Gesundheitszustandes übereinstimmen.

Das subjektive Gesundheitsempfinden hat jedoch für das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme des Versorgungssystems reale Folgen.

Als ein Indikator für das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigung kann die Häufigkeit und Stärke von Beschwerden angesehen werden.

### **3.2.1 Befragung zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung**

Zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung wurden die Jugendlichen nach psychosomatischen Symptomen bzw. Beschwerden anhand eines Fragebogens schriftlich befragt. Die Fragen betrafen funktionelle Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Durchfall etc.), vegetative Beschwerden (Schlafstörung/Unruhe) und bereichsspezifische Beschwerden (Atemnot/Husten). (Anhang Tabelle 13a, 13b)

#### **Beschwerden und Befindlichkeiten**

Subjektive Beschwerden bzw. psychosomatische Symptome konnten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden.

Mehr als die Hälfte der Jugendlichen (54%) gab Beschwerden an, wiederum mit einer hochsignifikanten geschlechtsspezifischen Ausprägung ( $p < 0,001$ ):

- 80% der weiblichen Jugendlichen und
- 36% der männlichen Jugendlichen.

Als häufigstes Symptom gab mehr als ein Drittel der Schülerinnen und Schüler mit

- 37% Kopfschmerzen an, weitere Angaben betrafen
- 19% Schwindel/ Ohnmachtsanfälle
- 19% Atemnot/ Husten
- 18% Schlafstörung/ Unruhe
- 15% Übelkeit/ Magenschmerzen/ Erbrechen
- 5% Verstopfung/Durchfall
- 2% sonstige Beschwerden

<sup>1)</sup> Zitat aus: Lebenslust und Wohlbefinden, Kolip 1994

<sup>2)</sup> Antonovskys Modell der Salutogenese



Weibliche Jugendliche gaben signifikant häufiger als männliche Jugendliche Beschwerden an, sowohl grundsätzlich als auch in den einzelnen Symptomkategorien Kopfschmerz, Schwindel/ Ohnmachtsanfälle, Übelkeit/ Magenschmerzen/ Erbrechen, Atemnot/ Husten und Schlafstörung/Unruhe an ( $p < 0,001$ /  $p < 0,01$ ).

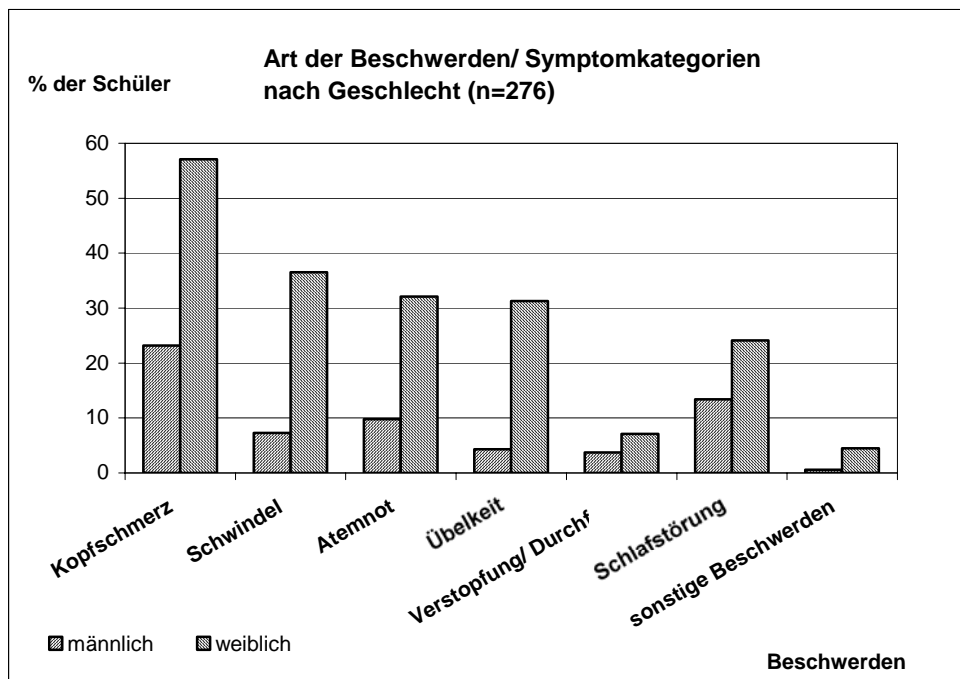
(Abbildung 4)

Deutsche und nicht-deutsche Jugendliche unterschieden sich in der Häufigkeit von Beschwerden und in den einzelnen Symptomkategorien nicht signifikant.

Die hohe Rate der Befindlichkeitsstörungen bei den weiblichen Jugendlichen wird durch die geschlechtsspezifische Jugendforschung bestätigt: Mädchen und Frauen verfügen über eine ausgeprägtere Wahrnehmung von Körperzuständen und Befindlichkeiten, die sie eher in emotionalen und psychosomatischen Beschwerdekategorien ausdrücken als Jungen und Männer.

Kopfschmerzen als Leitsymptom der subjektiven Beschwerden werden in unserer Befragung weitaus häufiger genannt als in der Teilstudie Hessens des WHO-Jugendgesundheits surveys. Während dort nur 6% der männlichen und 20% der weiblichen Jugendlichen in 9. Klassen über Kopfschmerzen klagten, gaben in unserer Befragung immerhin 23% der männlichen und 57% der weiblichen Jugendlichen Kopfschmerzen an [9].

Abbildung 4:





## **Krankheitsbehandlung:**

### **ärztliche Behandlung und Medikamentengebrauch**

Zur weiteren Abklärung des Gesundheitszustandes wurden Fragen nach einer ärztlichen Behandlung und nach Medikamenteneinnahme gestellt.

- ❖ Die Frage: „Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?“ wurde von 15% der Jugendlichen positiv beantwortet.

Die Begriffe „zur Zeit“ und „Behandlung“ wurden nicht weiter spezifiziert, so dass sowohl Kontrolluntersuchungen des Sehens wegen Fehlsichtigkeit, als auch die Diagnostik oder Behandlung einer akuten oder chronischen Erkrankung Arztbesuche auslösen konnten. Rückschlüsse über den Stellenwert von Arztbesuchen waren deshalb nicht möglich.

Hier zeigte sich wiederum eine hochsignifikante Geschlechtsausprägung zu Ungunsten der weiblichen Jugendlichen (28% weiblich vs. 7% männlich).

Ein Vergleich mit einer ähnlichen Befragung bei Hauptschülern in Münster weist bei unseren Jugendlichen auf ein mangelndes Gesundheitsgefühl/Gesundheitsverständnis hin. Einerseits scheint die „Komm-Struktur“ des ambulanten Systems für Jugendliche eine hohe Hürde darzustellen. Andererseits instrumentalisieren die Jugendlichen häufig Arztbesuche zur Vermeidung schulischer Anforderungen und Legitimation von Fehlzeiten. Notwendige Behandlungen bzw. Therapien werden aber oft abgebrochen oder erst gar nicht in Anspruch genommen.

- ❖ Die Frage: „Benötigen Sie regelmäßig Medikamente?“ beantworteten 13% der Jugendlichen mit „ja“.

Diese Frage beinhaltete sowohl kurzzeitige Medikamenteneinnahmen wegen eines akuten Infektes als auch Medikamenteneinnahmen wegen länger dauernder Beschwerden oder Medikamentenmissbrauch. Die Einnahme der „Pille“ wurde gesondert dokumentiert.

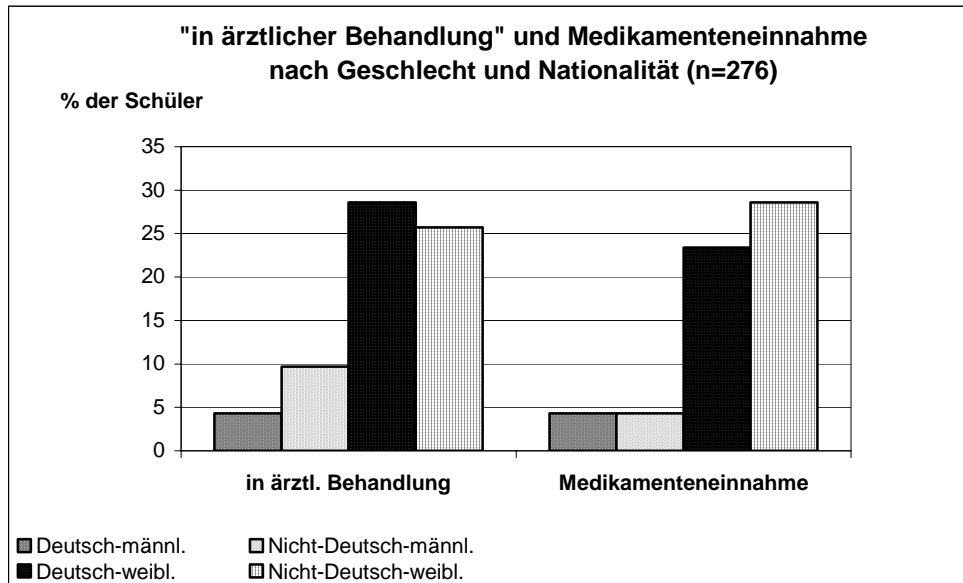
- Weibliche Jugendliche nahmen fünf mal häufiger als männliche Jugendliche Medikamente ein (25% vs. 5%;  $p < 0,001$ ).
- In der Gruppe der Jugendlichen mit Beschwerden nahmen weibliche Jugendlichen vier mal häufiger Medikamente ein als männliche Jugendliche (29% vs. 7%;  $p < 0,05$ ).
- 16% der weiblichen Jugendlichen (und 2,7% der männlichen Jugendlichen) griffen zu Medikamenten, obwohl sie sich im Untersuchungszeitraum nicht in ärztlicher Behandlung befanden ( $p < 0,001$ ).

Deutsche und nicht-deutsche Jugendliche unterschieden sich nur geringfügig in der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und in der Medikamenteneinnahme.

(Abbildung 5)



Abbildung 5:



### „Pille“ und Schwangerschaft

Niedrigschwellige Aufklärung und Beratung zum Thema Sexualpädagogik wird seit vielen Jahren für die beschriebene Gruppe benachteiligter Jugendlicher von zwei Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) im Gesundheitsamt angeboten. Schwerpunkt dieses sowohl bei Schülern als auch bei Lehrern ausgesprochen gut akzeptierten Präventionsprogramms ist die Enttabuisierung des Themas Sexualität: Themen zum eigenen Körper, Verhütung, Liebe und Freundschaft, Schwangerschaft und Abbruch, werden bei Bedarf durch Fragen zu Sex + Alkohol/Drogen, Aids, Prostitution u.a. ergänzt.

Überwiegend männliche Jugendliche nahmen nach Anmeldung durch die Klassenlehrer an diesen Präventionsprojekten teil. Es kann davon ausgegangen werden, dass aus Sicht der Lehrer bei den männlichen Jugendlichen ein besonderer Aufklärungswunsch oder -bedarf besteht.

Fragen nach der „Pille“ bzw. nach einer Schwangerschaft wurden im Lauf der Untersuchung an die Jugendlichen persönlich gestellt. Knapp 70% der weiblichen Jugendlichen nahm zum Untersuchungszeitpunkt keine Ovulationshemmer ein, eine dieser Jugendlichen (16 Jahre) war schwanger. Bei einer weiteren Jugendlichen (16 Jahre) bestand eine Schwangerschaft trotz Pille, eine dritte Jugendliche (17 Jahre) berichtete über einen Schwangerschaftsabbruch. Es ist sehr wahrscheinlich, dass Schwangerschaftsabbrüche und Geburten untererfasst wurden, da hier keine systematische Befragung erfolgte.

Hinsichtlich der aktuellen Diskussion über die Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen im Jugendalter sollte diese Thematik allerdings verstärkt im Rahmen von Sexualpädagogik in den Mittelpunkt gerückt werden.



### 3.2.2 Fazit

Jugendliche zählen zu der gesündesten Altersgruppe in der Bevölkerung. Allerdings werden in der entscheidenden Lebensphase der Entwicklung vom Kind zum jungen Erwachsenen große Anforderungen an den Heranwachsenden gestellt: zentrale biologische, psychische und soziale Entwicklungsprozesse (Wachstum, sexuelle Reifung, Veränderungen von Identitätserfahrung und Selbstwertgefühl) müssen bewältigt werden [10].

Wird Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als umfassendes körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden betrachtet, müssen Jugendliche nach ihren subjektiven Beschwerden und Befindlichkeiten gefragt werden. Insgesamt betrachtet bewerten Jugendliche ihren eigenen Gesundheitszustand zwar als gut, weibliche Jugendliche bewerten ihren Gesundheitszustand jedoch negativer als männliche Jugendliche und sind in der Regel mit ihrem eigenen Gesundheitszustand unzufriedener [11].

In unserer Untersuchung gaben mehr als die Hälfte der Jugendlichen (54%) psychosomatische Beschwerden an. Häufigkeit und Art der Symptome zeigten zum Teil beträchtliche Geschlechtsdifferenzen:

80% der weiblichen Jugendlichen (vs. 36% männlich) klagten grundsätzlich über Beschwerden. Führendes Symptom waren Kopfschmerzen (39%), gefolgt von Schwindel, Atemnot, Schlafstörungen und Übelkeit (15-19%).

Das Auftreten psychosomatischer Beschwerden in unserer Untersuchungsgruppe lag weit über den Angaben in der ersten bundesweiten Jugendgesundheitsbefragung 1992/93 [11].

Vermehrte Probleme in der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben der von uns untersuchten Jugendlichen spiegeln sich in diesem Ergebnis wider. Ein Zusammenhang zwischen medizinisch relevanten Befunde und Angaben zu Beschwerden konnte nicht nachgewiesen werden. Signifikante Unterschiede zwischen deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen bestanden nicht.

15% der Jugendlichen befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in ärztlicher Behandlung. Auch hier konnte zwischen deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen kein wesentlicher Unterschied festgestellt werden. Vergleichbare Daten bei Hauptschülern (30% Münster) lassen vermuten, dass die „Komm“-Struktur des ambulanten Systems für die von uns untersuchte Gruppe mit ihrem hohen Anteil medizinisch relevanter Befunde und Beschwerden eine besonders hohe Hürde darstellt. Palentien und Hurrelmann [12] sehen hier Gründe in der u.a. „...unzureichenden Verknüpfung der medizinischen und psychosozialen Dienste mit der Lebenswelt der Jugendlichen ... (die dazu führt)..., dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe auf Barrieren stößt...!“ Die von Lehrern beobachtete erhöhte Frequenz von Arztbesuchen während des Unterrichtes sowie hohe Rate von Therapieabbrüchen deuten zudem auf ein geringes Gesundheitsverständnis und Instrumentalisierung von Arztbesuchen bei drohender schulischer Frustration hin.

Auch in der Einnahme von Medikamenten (ohne Antikonzeptiva) lag der Anteil der weiblichen Jugendlichen weit über dem der männlichen: weibliche Jugendliche nahmen fünf mal häufiger Medikamente ein. Ein Gesamtanteil von 13% Jugendlicher mit Medikamentenkonsum korrespondiert zwar mit Ergebnissen bei Hauptschülern aus Münster, liegt aber deutlich unter den Ergebnissen weiterer Veröffentlichungen. Es ist anzunehmen, dass diese Differenz durch unterschiedliche Fragestellung, Altersgrenzen und Sozialschichtzusammensetzung in den befragten Gruppen bedingt ist [9, 11, 13].

Vor dem Hintergrund von 5% Schwangerschaftsabbrüchen weiblicher Jugendlicher bis zu 18 Jahren im Land Bremen (Statistisches Jahrbuch Bremen 2000) ist die Tatsache, dass zwei Schülerinnen schwanger waren und mindestens ein Schwangerschaftsabbruch stattgefunden hatte, bedeutsam. Schwangerschaft und insbesondere ungewollte Schwangerschaft sollte verstärkt im Rahmen von Sexualpädagogik thematisiert werden.







### 3.3 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen/ Risikoverhalten

Jugendliche sehen Gesundheit als etwas Selbstverständliches an. Obwohl sie sich durchaus um ihre Gesundheit sorgen, hat die individuelle Vorstellung von Gesundheit für sie wenig Handlungsrelevanz. Da negative Auswirkungen von Risikoverhalten erst nach einer größeren Latenzzeit erkennbar sind, werden gesundheitsriskante Verhaltensweisen nicht kritisch hinterfragt. Für das spätere Krankheits- und Sterblichkeitsgeschehen haben erworbene Risiken allerdings eine herausragende Bedeutung.

Andererseits nutzen Jugendliche riskante Verhaltensweisen zur Entwicklung ihrer eigenen Geschlechterrolle. Risikoverhalten von männlichen und weiblichen Jugendlicher unterscheidet sich in Qualität und Quantität. Männliche Jugendliche rauchen häufiger, trinken größere Mengen und hochprozentigeren Alkohol und nehmen intensiver Drogen als weibliche Jugendliche [11, 14]. Angaben zum Gesundheitsverhalten ergeben wertvolle Hinweise auf Erfolg und Mängel in der vorbeugenden Gesundheitsversorgung Jugendlicher.

Der den Jugendlichen vorgelegte Fragebogen enthielt Fragen zu den Risikofaktoren Rauchen, Alkohol, Drogen sowie dem Schutzfaktor Sport (siehe Anhang).

#### 3.3.1 Sportliche Aktivitäten

Grundsätzlich können sportliche Aktivitäten als Schutzfaktor für Gesundheit betrachtet werden.

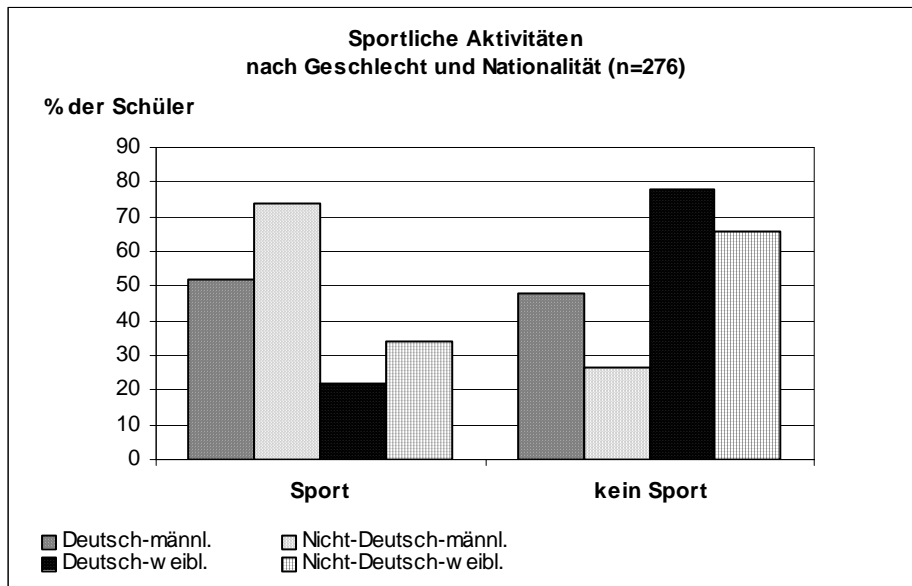
- ❖ Die Frage "Treiben Sie Sport?" schloss jegliche außerschulische sportliche Aktivität ein:  
47% der Jugendlichen beantwortete diese Frage mit „ja“.  
Mehr als doppelt so viele männliche wie weibliche Jugendliche waren sportlich aktiv (61% vs. 26%;  $p < 0,001$ ).

Unter den männlichen Jugendlichen nahmen nicht-deutsche Jugendliche signifikant häufiger als deutsche Jugendliche an sportlichen Aktivitäten teil (74% vs. 52%;  $p < 0,01$ ). (Abbildung 6)

- Mangelnde sportliche Betätigung als gesundheitliches Risiko wurde von 53% der Jugendlichen angegeben.
- Drei von vier weiblichen Jugendlichen (74%) gaben an, nicht sportlich nicht aktiv zu sein!



Abbildung 6:



Der in Deutschland beobachtete Trend zu verminderter sportlicher Betätigung von Mädchen in der Pubertät muss im Zusammenhang mit dieser besonderen Entwicklungsphase gesehen werden. Männliche Jugendliche suchen in sportlicher Betätigung vorrangig Spaß und Wettbewerb. Weibliche Jugendliche betätigen sich dagegen eher sportlich aktiv mit dem Ziel eines schönen Körpers. Sport hat hier in der Regel eine körperliche Komponente. In einem negativen Selbstkonzept in der Umbruchphase des Heranwachsens mit großen körperlichen Veränderungen vermeiden weibliche Jugendliche mit einem negativen Selbstkonzept zumeist, sich körperlich entblößen zu müssen. Bei unseren weiblichen, insbesondere deutschen Jugendlichen kommt hinzu, dass sie nach Aussage der Lehrkräfte häufig in einem Umfeld leben, in dem sie durch Gewalt- und Missbrauchserfahrungen traumatisiert wurden.

### 3.3.2 Risikoverhalten

Die folgenden Fragen zum Thema Gesundheitsverhalten betrafen die vermeidbaren Gesundheitsrisiken Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum. Es wurde nur grundsätzlich nach Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum gefragt:

- ❖ „Rauchen Sie?“
- ❖ „Trinken Sie Alkohol?“
- ❖ „Nehmen Sie Drogen?“



Auf erweiterte Fragestellungen nach Art, Menge und Häufigkeit wurde verzichtet, da diese die Übersichtlichkeit des Fragebogens beeinträchtigt hätten.

- 72% aller Jugendlichen gaben gesundheitsriskantes Verhalten wie Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum an (76% der männlichen vs. 69% der weiblichen Jugendlichen).

Riskante Verhaltensweisen unter den männlichen Jugendlichen wurden bei deutschen Jugendlichen wesentlich häufiger als bei nicht-deutschen Jugendlichen benannt (80% vs. 54%;  $p < 0,001$ ).

### **Rauchen, Alkohol und Drogen**

Rauchen, sowie Alkohol- und Drogenkonsum ist für Jugendliche meist nicht Bestandteil des Gesundheitsverhaltens, sondern eher Bestandteil des Sozialverhaltens. Rauchen und Alkoholkonsum werden als besondere Symbole für Status und Reife betrachtet. Sie sollen das Ansehen bei Gleichaltrigen stärken. Rauchen dient zudem zunehmend auch bei Jugendlichen zum Abbau von Stress.

- Der Anteil von 66% Rauchern unter den untersuchten Jugendlichen (69% männlich, 61% weiblich) lag deutlich über den in der Literatur veröffentlichten Zahlen. (Münster 35-47%; Berlin 30%; BZGA 37%; Brandenburg 28-56%, WHO-Jugendgesundheitsurvey 26-29%) [7, 13, 15, 14, 22].
- Auch der Anteil der Jugendlichen, die angaben Alkohol zu konsumieren, lag mit 41% (46% männlich, 35% weiblich) über den Angaben anderer Studien. (Berlin-Bremen 20-25%; BZGA 21%; München 25-33%,) [15,16, 17].

In der Geschlechtsverteilung waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Jugendlichen zu erkennen. (Anhang Tabelle 14)

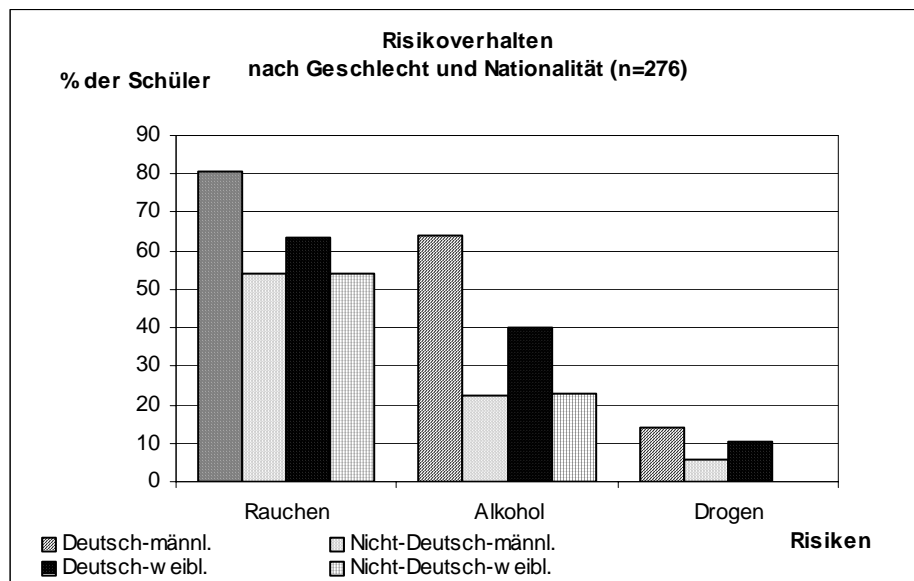
Gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum sind kulturell eingebettet. Während in westeuropäischen Ländern Alkohol und Rauchen zur Tischkultur gehört, verzichten muslimische Familien in der Regel auf Alkoholkonsum. In osteuropäischen Ländern wird Rauchen überwiegend Ausdruck männlichen Verhaltens betrachtet, während sich die Geschlechter hinsichtlich Rauchen und Alkoholkonsum in den westeuropäischen Ländern nahezu angeglichen haben.



In der Untergruppe der männlichen Jugendlichen zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Vergleich zwischen den deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen:

- 80% der deutschen Jugendlichen rauchten gegenüber
  - 54% der nicht-deutschen Jugendlichen ( $p < 0,001$ ).
  - 64% der deutschen Jugendlichen gaben an Alkohol zu trinken, aber nur
  - 22% der nicht-deutschen Jugendlichen gaben Alkoholkonsum an ( $p < 0,001$ ).
- (Abbildung 8)

Abbildung 8:



Der Anteil derjenigen Jugendlichen, die zugaben, Drogen einzunehmen, lag in unserer Befragung mit 9% vergleichsweise niedrig (Zum Vergleich: BZGA 5-26% Cannabiskonsum) [15].

- 10% der männlichen und 7% der weiblichen Jugendlichen gaben an, Drogen einzunehmen.

Unter den Angaben nach der Drogenart befanden sich nur „weiche“ Drogen, überwiegend Cannabis. Beobachtungen von Lehrern und Lehrerinnen lassen allerdings einen erheblich höheren Drogenkonsum bei der Mehrzahl der Jugendlichen vermuten.

Sowohl bei den Angaben zu Rauchen und Alkoholkonsum als auch insbesondere zum Drogenkonsum muss von einem „under-reporting“ durch sozial erwünschte Antworten ausgegangen werden werden:

Dadurch, dass die Fragebögen zumeist in der Gruppe in Anwesenheit des Lehrers ausgefüllt wurden, waren die Angaben für Mitschüler und Lehrer einsehbar. Die Informationen konnten so evtl. an die Eltern geraten. Gerade in muslimischen Familien jedoch ist zumindest das Thema Alkohol und Drogen häufig ein Tabu.



### 3.3.3 Fazit

Gesundheitsverhalten im frühen Kindesalter wird in der Regel durch die Eltern bestimmt. Im späteren Kindes- und Jugendalter bestimmen Heranwachsende zunehmend selbst über ihr eigenes Gesundheitsverhalten. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen sind bei Jugendlichen weniger gesundheitlich sondern eher sozial motiviert und werden bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben eingesetzt. Das Risiko späterer Gesundheitsschäden wird vernachlässigt. Belastungen in den Entwicklungsaufgaben und ein hohes Ausmaß an Stress sind in der Regel mit gehäufterm gesundheitsriskantem und vermindertem gesundheitsförderndem Verhalten verbunden. Gesundheitsriskantes Verhalten hat in dieser Umbruchphase „...die Funktion kompensierender Stützung eines krisenanfälligen Selbstkonzeptes und Selbstwertgefühls“. Hier lassen sich Ansätze für Intervention ableiten [10,18].

Die Ergebnisse unserer Befragung weisen auf ein erhöhtes Maß an gesundheitsabträglichem bzw. gesundheitsriskantem Verhalten der Jugendlichen hin:

- Jeder zweite Jugendliche (53%) war sportlich inaktiv!
- Zwei von drei Jugendlichen gaben Zigarettenkonsum an (66%).
- 41% gaben Alkoholkonsum und 9% Drogenkonsum an.

Mangelnde sportliche Aktivität als gesundheitsabträgliches Risiko betraf überwiegend weibliche Jugendliche (74% vs. 39% männlich). Während männliche Jugendliche Sport als Spaß und Wettbewerb betrachten, hat Sport bei weiblichen Jugendlichen häufig einen überwiegend körperlichen Aspekt bei negativem Selbstkonzept. Dieser Trend abnehmender sportlicher Betätigung bei weiblichen Jugendlichen in der Pubertät wird seit längerem beobachtet. Der hohe Anteil an weiblichen Jugendlichen ohne sportliche Aktivitäten im privaten Bereich sollte zu Konsequenzen im Schulsport führen. Sportarten sollten erprobt werden, die den weiblichen Jugendlichen erlauben, ohne Entblößung ihres Körpers eine auf sie zugeschnittene, mit Spaß erlebte sportliche Betätigung durchzuführen.

Angaben in der Literatur zur Prävalenz des Rauchens sowie des Alkohol- und Drogenkonsum sind nur eingeschränkt vergleichbar. Die Zielgruppen in unterschiedlichen Studien und Berichten stimmen in der Regel nicht mit der Altersgruppe unserer Jugendlichen überein, Fragestellungen zu ein und demselben Thema werden unterschiedlich präzisiert. Dennoch scheint die Raucherprävalenz deutlich über anderen Untersuchungsergebnissen (38% – 55%) zu liegen [5, 7, 15, 16].

Auch der Konsum von Alkohol lag deutlich über den Ergebnissen anderer Studien (20% - 30%). Allerdings lagen uns keine Angaben über Häufigkeit und Intensität des Konsum der einzelnen Substanzen vor. Bei den Angaben zum Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum fand sich nur ein geringfügiger Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen.

Bei den Risikofaktoren Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum wird in der Geschlechterforschung über eine Angleichung der Geschlechter berichtet, jedoch müssen Unterschiede in der Qualität des Konsums zwischen den Geschlechtern beachtet werden: Das externalisierte Verhalten männlicher Jugendlicher und das internalisierte Verhalten weiblicher Jugendlicher spiegelt sich im Risikoverhalten wider: männliche Jugendliche rauchen bzw. trinken mehr und intensiver als weibliche Jugendliche [19]. Signifikante Unterschiede im Risikoverhalten fanden sich bei deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen: Nichtdeutsche Jugendliche gaben einen erheblich geringeren Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum an. Vor dem Erfahrungshintergrund der Lehrer und Lehrerinnen liegt hier wahrscheinlich ein deutliches „under-reporting“ aus Angst vor dem (restriktiveren?) Elternhaus vor.

Diese Ergebnisse belegen eindrucksvoll die Forderung, dass Risikoverhalten im Kontext des kulturellen Hintergrundes betrachtet werden muss: Rauchen und Alkoholkonsum sind ein Teil des gesellschaftlichen Erwachsenenlebens. Vor unterschiedlichen kulturellen Hintergründen werden unterschiedliche Trinkkulturen gepflegt. In westeuropäischen Ländern gehört Alkohol zur Tischkultur, in muslimischen Traditionen wird Alkohol tabuisiert. Auch das Rauchverhalten unterscheidet sich vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund: Während sich die Geschlechter in westeuropäischen Ländern in der Raucherprävalenz angleichen, gilt in osteuropäischen Ländern Rauchen in der Regel als Symbol für Männlichkeit.





## 4. Schlussfolgerungen

### 4.1 Diskussion der Ergebnisse

Erstmals berichtet der Schulärztliche Dienst über gesundheitsrelevante Untersuchungsbefunde, gesundheitliche Selbsteinschätzung und Risikoverhalten bei Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen ohne Schulabschluss in Bremen. Unsere Ergebnisse sind generalisierbar für die 10% der Schüler, die ohne Schulabschluss und ohne Ausbildungsplatz als „Benachteiligte im Bereich berufliche Bildung“ zu den Verlierern in unserem Bildungssystem zählen.

Jugendliche ohne Schulabschluss und Ausbildungsvertrag erhalten in ausbildungsvorbereitenden Bildungsgängen in Bremen eine zweite Chance. Schlechte sozioökonomische Ausgangsbedingungen, sowie psychosoziale und gesundheitliche Risiken kennzeichnen diese Jugendlichen. Umbrüche im Lebensentwurf sowie Probleme in der sozialen Orientierung und Akzeptanz traditioneller Werte führen zu einer geringen Bewertung ihrer eigenen Gesundheit [19].

Das vor vielen Jahren für diese Gruppe benachteiligter Jugendlicher entwickelte Untersuchungsangebot des schulärztlichen Dienstes verbindet Prävention mit Arbeitsschutz. Gesundheitliche Risiken können erkannt und Berufsabbrüche aus gesundheitlichen Gründen durch eingehende Beratung vermieden werden. Von den Untersucherinnen und Untersuchern wird ein hohes Maß an sozialpädiatrischer Kompetenz erwartet: Eine Gratwanderung zwischen Verpflichtung und Vertrauen ermöglicht es immer wieder, trotz angeordneter Untersuchung das Vertrauen der Jugendlichen zu gewinnen und ihnen im Rahmen der Bildungsmaßnahme eine Orientierung zu gesundheitlichen Fragen zu ermöglichen.

Betrachtet man Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern auch als „körperliches, soziales und emotionales Wohlbefinden“, so muss festgestellt werden, dass nur ein ganz geringer Anteil dieser Jugendlichen als „gesund“ bezeichnet werden kann.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung weisen auf hohe gesundheitliche Belastungen und geringe Ressourcen dieser Jugendlichen hin:

Sowohl die Häufigkeiten in einzelnen Befundgruppen als auch psychosomatische Beschwerden lagen deutlich über den Angaben anderer Berichte.

Der hohe Anteil orthopädischer und allergischer bzw. Hautbefunde enthält neben den möglichen Ursachen eine besondere Brisanz: Erkrankungen in diesen Bereichen sind die häufigsten Ursachen für Berufsabbrüche und Frühinvalidität.

Bei jedem dritten Jugendlichen mussten wir in diesen Befundgruppen eine Einschränkung in der beruflichen Tätigkeit feststellen.





Gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen wie mangelnde sportliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum wurden in unserer Zielgruppe vermehrt angetroffen. Rauchen dient hier möglicherweise als Coping-Strategie zum Abbau von vermehrtem Stress. Bei den Angaben zum Drogenkonsum scheint ein „sozial erwünschtes under-reporting“ vorzuliegen.

### **Geschlecht**

Die weiblichen Jugendlichen in unserer Untersuchung erscheinen durchgängig kränker als die männlichen Jugendlichen. Dies korrespondiert grundsätzlich mit den Ergebnissen des WHO-Jugendgesundheitsurvey 2002. Darüber hinaus weisen Berichte der Lehrkräfte darauf hin, dass insbesondere bei unseren weiblichen Jugendlichen hochtraumatisierende Ereignisse (z.B. körperliche/sexuelle Grenzüberschreitungen u.a.) beachtet werden müssen [22].

Ebenfalls bedacht werden muss, dass weibliche und männliche Jugendliche ein unterschiedliches Auskunftsverhalten haben (internalisiert, externalisiert).

Ein „Geschlechterbias“ liegt bei den Antworten zum subjektiven Gesundheitsempfinden vor, da die Fragen zu Beschwerden überwiegend auf frauenspezifische Symptome fokussiert waren.

Um auch das männliche Geschlecht ausreichend zu erfassen, muss unser Fragebogen um Fragen nach Stresserleben, Aggressivität und Gefühlen wie Einsamkeit, Überflüssigsein, Angst, Ohnmacht, Frustration und Sinnlosigkeit (anomische Gefühle) erweitert werden [11,21].

### **Kultureller Hintergrund**

Deutsche Jugendliche weisen durchweg eine höhere Morbidität als nicht-deutsche Jugendliche auf. Dieses Ergebnis muss sowohl vor dem kulturellen Hintergrund der Jugendlichen als auch in Bezug auf Kenntnisse in der deutschen Sprache diskutiert werden.

- Nicht-deutsche Jugendliche leben häufig in großen Familienverbänden mit mehreren Geschwistern und Generationen, in denen kulturspezifische Traditionen und Werte weitervermittelt werden. Dieses familiäre Netzwerk kann eine gesundheitsfördernde Ressource und einen protektiven Faktor für Gesundheit darstellen („Soziales Kapital“).
- Es ist ferner möglich, dass nicht-deutsche Jugendliche gesundheitliche Probleme in ihrem eigenen kulturellen Kontext anders definieren als deutsche Jugendliche. Das hätte ein „under-reporting“ von gesundheitlichen Problemen zur Folge.



- 90% der nicht-deutschen Jugendlichen beherrschten die deutsche Sprache nicht fließend. Eingeschränktes Verständnis für die in deutsch gestellten Fragen könnte ebenfalls zu einem “under-reporting“ geführt haben.

### **Vergleichbare Untersuchungsansätze**

Schwierigkeiten in der Interpretation der Untersuchungsergebnisse resultieren daraus, dass in der Literatur keine direkt vergleichbaren Untersuchungsansätze gefunden werden konnten.

Die Zielgruppen in unterschiedlichen Studien und Berichten stimmten in wesentlichen Variablen wie Alter und soziale Schicht bzw. Bildungsgang nicht mit der Gruppe unserer Jugendlichen überein. Untersuchungsumfang und Fragestellungen zu ein und demselben Thema wurden unterschiedlich präzisiert. Um dennoch Anhaltswerte für den Stellenwert der gesundheitlichen Probleme in unserer Zielgruppe zu erhalten, wurden dort, wo es möglich erschien, vergleichende Daten herangezogen.

Im Vergleich zur WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 in Hessen (Teilstudie des WHO-Jugendgesundheitsstudys) kamen wir in unserer Untersuchung in einigen Bereichen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Während in unserer Untersuchung zwischen deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen signifikante Unterschiede in der Belastung sowohl durch Allergien als auch durch Befindlichkeitsstörungen und Risikoverhalten zu Ungunsten deutscher Jugendlicher auftraten, fanden sich in der hessischen WHO-Jugendgesundheitsstudie nur bei der Häufung von Allergien deutliche Unterschiede bei deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen [6]. Hier müssen die verschiedenen Auswertungsansätze in den Untersuchungen (nach Geschlecht und Nationalität vs. nach Schultyp oder Klassenstufe) berücksichtigt werden. Signifikante Unterschiede fanden sich in unserer Auswertung häufig erst bei geschlechtssensibler Differenzierung in Abhängigkeit von Nationalität.

- ☞ Ungeachtet möglicher Verzerrungen durch einseitig geschlechtsspezifische Fragestellung, geschlechtsspezifisches Antwortverhalten, unterschiedliche kultureller Kontexte und Sprachbarrieren findet sich bei den von uns untersuchten Jugendlichen ein erhöhtes Ausmaß an Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen. Wenn diese sich manifestieren, können sie als Risikofaktoren für spätere Erkrankungen betrachtet werden.





## 4.2 Handlungsfelder und Perspektiven

*„Gesundheit kann als Ausdruck gelungener Lebensbewältigung betrachtet werden.“*  
[21]

Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass benachteiligte Jugendliche hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.

Hieraus ergeben sich folgende zentrale Fragen:

- Wie kann das Vertrauen Jugendlicher in sich selbst, offene und komplexe Lebenssituationen bewältigen zu können, gestärkt werden?
- In welchen Bereichen müssen psychosoziale Schlüsselqualifikationen vermittelt werden?
- Inwieweit verfügen weibliche und männliche Jugendliche über unterschiedliche Ressourcen um mit unterschiedlichen Belastungen umgehen zu können?
- Wie können die persönlichen Ressourcen zur Lebensbewältigung durch erzieherische, soziale und gesundheitliche Unterstützung gestärkt werden?

Der 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung Deutschland vermerkt kritisch, dass vor dem Hintergrund von Migration ein Integrationsverständnis vorherrsche, welches vor allem von einer defizitären Sichtweise ausgehe. Ziel dieses Integrationsverständnisses sei, Jugendliche an bestehende Verhaltensnormen anzupassen ohne angemessene Rücksicht auf deren Möglichkeiten und Vorstellungen zu nehmen. An den Ressourcen der Jugendlichen solle angesetzt werden, hierbei sei die Zwei- und Mehrsprachigkeit eine wichtige gesellschaftliche Ressource. Nur die Förderung des Deutschen, wie dies bisher geschehe, greife zu kurz.

Diese auf das herrschende Integrationsverständnis gemünzte Kritik lässt sich auf alle Gruppierungen Jugendlicher ausweiten. Die Berichtsaufsteller empfehlen, ressourcenentfaltende anstatt defizitorientierte Handlungsansätze zu wählen. Dadurch können Jugendliche stärker gefördert werden um Praktiken und Strategien der Lebensgestaltung und eine eigene Identität zu entwickeln [23].



#### 4.2.1 Bildungsziel Gesundheit

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive haben Jugendliche die Aufgabe, sich die ihnen entsprechende Geschlechterrolle anzueignen: typisch „weibliche“ und typisch „männliche“ Verhaltensweisen. Sie müssen lernen, ihre körperliche Erscheinung zu akzeptieren. Die Bewältigung dieser Aufgaben trägt zur eigenen Identitätsbildung und zum positiven Selbstkonzept bei. Auch gesundheitliches Risikoverhalten ist geschlechtsspezifisch (und kulturell) vorgezeichnet.

Ressourcenentfaltende Gesundheitsbildung muss sich deshalb an den Ressourcen der jeweiligen Geschlechter und Kulturen orientieren. Diese fördert auch jugendliche Migrantinnen und Migranten stärker, Praktiken und Strategien der Lebensgestaltung zu entwickeln, die in einer pluralistischen Gesellschaft hilfreich sind. Das Bewusstsein von Gesundheit muss im Lebenskonzept des Jugendlichen verankert werden. Hierbei soll Gesundheitserziehung auf aktuelles Wohlbefinden und körperliche Attraktivität abzielen und darf nicht moralisierend defizitorientiert verstanden werden. Jugendliche sind stark gegenwartsorientiert. Die Diskrepanz zwischen Wissen, Handeln und erst in der Zukunft auftretenden Folgen für die Gesundheit stellt ein Problem für die Gesundheits- und Umwelterziehung dar: Gesundheitserziehung muss sich an den Bedürfnisse der Jugendlichen orientieren.

Jugendliche, deren Sozialbiografien Brüche aufweisen, die Schule in der Abwärtsspirale von Bildungsgang zu Bildungsgang als Frustration und Enttäuschung erlebt haben, die ohne Aussicht auf eine Berufsausbildung verunsichert und demotiviert sind, müssen dort abgeholt werden, wo sie sich gerade befinden. Diese Jugendlichen werden erst bereit für schulische Aufgaben und Anforderungen sein, wenn sie spüren, dass sie nicht nur Schwächen, sondern auch Stärken besitzen, die von anderen anerkannt werden. Sie müssen an sich selbst erfahren, dass Lernen auch Kompetenzgewinn im Alltag bringen kann und Strategien zur Bewältigung alltäglicher Probleme die eigene Selbstsicherheit stärken können. Deshalb sollte in der Berufseingangsstufe als Grundlage für weiteres Lernen der Schwerpunkt der Wissensvermittlung in der Kompetenzerweiterung im Alltag, der positiven Verstärkung von vorhandenen Fähigkeiten und der Stärkung der eigenen Persönlichkeit liegen.

Folgende Themenfelder scheinen von Wichtigkeit:

- Akzeptanz und Umgang mit der eigenen Körperlichkeit
- Ressourcen des jeweiligen Geschlechts und der unterschiedlichen Kulturen sichtbar und verstehbar machen
- Erlernen von positiven Copingstrategien bei psychischen Belastungen, Stress etc.
- Angebote sportlicher Betätigung, die weiblichen Jugendlichen erlaubt, ihren Körper in dieser hochsensiblen Entwicklungsphase nicht zur Schau stellen zu müssen



#### **4.2.2 „Bewegte Schule – Gesundheitsförderung durch Ernährung, Bewegung und Kultur“**

Ein langjähriger Erfahrungsaustausch zwischen dem Schulärztlichen Dienst und verantwortlichen Berufsschullehrern führte zu Beginn des Schuljahres 2002/03 zu konkreten gesundheitsfördernden Maßnahmen bei Schülerinnen und Schülern des B/BFS-Ausbildungsganges.

Ein zweijähriges Projekt zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung soziokulturell benachteiligter Schülerinnen und Schüler wurde von Lehrern des „Schulzentrum Neustadt, Berufliche Schulen“ an der Delmestrasse mit Unterstützung der „Liste Gesundheit“ der bremischen Ärzteschaft gestartet. Ziel dieses Projektes zur Gesundheitserziehung ist eine Veränderung der Lebensführung durch mehr Bewegung, verändertes Ernährungs- und Gesundheitsverhalten und persönliche Motivation.

Die Intervention beinhaltet veränderten Unterricht im Sinne von Ganzheitlichkeit, Handlungsorientierung und Lernfeldorientierung (Ernährung und Gesundheit). Gesund leben wird hierbei unter dem Aspekt des körperlichen, sozialen und emotionalen Wohlbefindens im Sinne der WHO betrachtet. Jeder Schultag beginnt mit einem gemeinsamen Frühstück als Fixpunkt und Orientierungshilfe für den Tagesbeginn. Gleichzeitig wird hiermit ein regelmäßiger Rhythmus der Einnahme von Mahlzeiten als Prävention gegen Essstörungen im weitesten Sinne eingeübt. Darüber hinaus erhalten die Jugendlichen Sportunterricht, der neben der körperlichen Fitness Spaß und Bewegung fördern soll. Musik und Rhythmik zur Förderung des Wohlbefindens wird ebenfalls angeboten. Das Thema Gesundheit und Ernährung wird in andere Unterrichtsfächer integriert.

Dieses ganzheitlich angelegte Gesundheitsförderungs-Projekt setzt an den Ressourcen der Jugendlichen an. Wie im 11. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht der Bundesregierung gefordert, wird hier nicht defizitorientiert, sondern ressourcenentfaltend „Gesundheit“ vermittelt. Auch der WHO-Jugendgesundheitsurvey 2002 fordert auf Grund seiner Ergebnisse die schulische Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen („life skills“). Personale und soziale Kompetenzen wie Problemlösungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit befähigen Jugendliche, Probleme konstruktiv und gesundheitsfördernd zu bewältigen und nicht auf risikoreiches Verhalten auszuweichen [22].



### 4.2.3 „Fit für's Leben“ - Konsequenzen für die Gesundheitsbildung im Alltag -

*„...Jugendliche sind „Kinder der Freiheit“, aber in diese Freiheiten gehen sie mit deutlich unterschiedlichen Ressourcen. Und Freiheiten ohne Ressourcen können Biographien zerstören. Und natürlich ist zu fragen, wie durch Schule und Jugendhilfe eine bessere und gerechtere Vermittlung jener psychosozialen Schlüsselqualifikationen erfolgen könnte, die den Heranwachsenden ein Gefühl geben, sie könnten ihre Zukunft bewältigen.“ [21]*

Die Unterstützung benachteiligter Jugendlicher ohne Schulabschluss muss in Bremen als **Querschnittsaufgabe** betrachtet werden, die alle Akteure, die sich aus unterschiedlichen Veranlassungen mit diesen Jugendlichen befassen, mit einbezieht. Die Rolle der einzelnen Akteure in der Bewältigung dieser anspruchsvollen Aufgabe muss klar beschrieben sein, damit Reibungsverluste an den Schnittstellen vermieden werden können.

Die Komplexität der psychosozialen Probleme dieser Schülergruppe erfordert von den Lehrkräften, die um die Bedürfnissen ihrer Schüler wissen und diesen Bedürfnissen Rechnung tragen wollen, ein außergewöhnliches Engagement. In ihren Bemühungen fühlen sie sich jedoch überlastet und alleingelassen. Der derzeitige schulische Rahmen erlaubt ihnen nur in begrenztem Umfang, die Bedürfnisse ihrer Schüler zu unterstützen.

Hierzu bedarf es einer

☞ **Veränderung und Öffnung des verschulten Rahmens für die Berufseingangsstufe.**

Der Alltag mit seinen komplexen Anforderungen muss im geschützten Rahmen erlernt und gelebt werden können. Eine umfassende praktische Ausbildung stellt als zentraler Bestandteil dieses Bildungsganges einen wesentlichen Zugang zu diesen Jugendlichen dar, die dadurch erstmals Anerkennung und Selbstbestätigung erleben.

Eine enge **Zusammenarbeit mit Arbeitsamt und Handwerkskammer kann weitere Projektfelder zur praktischen Tätigkeit eröffnen.** Bestrebungen, diesen Bildungsgang stärker zu Verschulen stehen einem umfassenderen Erziehungsauftrag für diese Jugendlichen entgegen.



Neben der Vermittlung von Grundwissen sollten **Projekte** zu den Themen:

- **Sexualpädagogik**
- **Ernährungsverhalten**
- **Suchtverhalten**
- **Körperwahrnehmung**
- **Stressbewältigung (z.B. bei Kopfschmerzen)**
- **Gewaltprävention (Umgang mit Aggressionen etc.)**
- **Interkulturelles gegenseitiges Verständnis**
- **Sport und Musik (z.B. Fitness, Break-Dance, Trommeln u.ä.)**

in das Curriculum aufgenommen werden.

#### ☞ **Kooperationsvereinbarungen**

Zur längerfristigen Absicherung der Projekte in der Berufseingangstufe sind **Kooperationsvereinbarungen von Schulbehörde mit möglichen Projektpartnern** erforderlich: Analog der schulischen Förderung besonders sportlicher leistungsstarker Schüler sollten entsprechende Kooperationsvereinbarungen für die Gruppe der besonders benachteiligten Jugendlichen getroffen, sowie Sponsoren aus dem Gesundheits- und Wirtschaftssektor zur Finanzierung dieser Projekte gefunden werden.

#### ☞ **Krankenkassen können eine wichtige Rolle übernehmen**

Im Leitfaden „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 SGB V“ kommen die gesetzlichen Krankenkassen überein, spezifische Zugangswege zu Zielgruppen mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen in einem **Setting-Ansatz** zu erproben [24].

Niedrigschwellige Präventionsmaßnahmen bei diesen benachteiligten Jugendlichen können so drohende Multimorbidität im späteren Leben mit hohen Gesundheitskosten (ganz abgesehen von Langzeitarbeitslosigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit) verringern oder sogar verhindern. Projekte zum Stressabbau, zur Ernährung u.ä. sollten in Kooperation mit den Kassen im Schulalltag erprobt werden.

#### ☞ **Kooperation von Sozialarbeit und Schulpsychologischem Dienst**

- **Sozialarbeit muss „vor Ort“ in Schule** tätig werden. Ein kompetentes Case-management in Kooperation mit den zuständigen Vertretern am Wohnort gehört ebenso dazu wie Beratung und Unterstützung der Lehrkräfte.
- **Schulpsychologische Beratung** von Schülern und Lehrern sollte in **enger Kooperation mit Sozialarbeit** in Schule erfolgen.
- **Streetworker** sollten in Zusammenarbeit mit Schule diese Jugendlichen dort abholen, wo sie sich gerade befinden (Strasse, Bahnhof, Scene etc).





### ☞ **Gesundheitsberatung**

- Der **ÖGD** übernimmt ein befristetes **Casemanagement** bei Jugendlichen mit **besonderen medizinischen Problemen**.
- **Spezifische Beratungsangebote** für die besonders gefährdete Gruppe Jugendlicher, z.B. im **Projekt „Kreativ in die Zukunft“** müssen konzipiert werden.
- **Das sexualpädagogische Angebot** muss weiterentwickelt und ausgebaut werden.
- Niedrigschwellige Zugangswege zu **Gesundheitsberatung für gefährdete Jugendliche** sollten identifiziert und erprobt werden.

### ☞ **Steuerung, Vernetzung und Finanzierung**

Zur Steuerung der Aktivitäten zur gesundheitlichen Sicherung und Förderung dieser Zielgruppe wird eine **ressortübergreifende Steuerungsgruppe** unter Beteiligung von **Bildung, Jugendhilfe und Gesundheit** empfohlen.

**Finanzielle Anstrengungen der Ressorts Bildung und Soziales** sind notwendig, um der Gefahr der drohenden Langzeitarbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug bei diesen benachteiligten Jugendlichen, die mindestens 10% eines Jahrgangs ausmachen, zu begegnen.

**Krankenkassen können durch Gesundheitsförderungsprojekte** eine vorhersehbare Multimorbidität dieser Jugendlichen im Erwachsenenalter vermindern.

**Drittmittel und Kooperationen** mit anderen Partnern sollten eingeworben werden. Die vorgeschlagenen Interventionsmaßnahmen erfordern die Bereitstellung **angemessener finanzieller Ressourcen**. Ohne Förderung dieser benachteiligten Jugendlichen werden jedoch langfristig erhebliche Kosten entstehen durch vorhersehbare Arbeitslosigkeit, Sozialhilfeabhängigkeit und Multimorbidität im Erwachsenenleben, aber auch durch mögliches Abgleiten in delinquentes Verhalten. Investitionskosten in Präventionsprojekte im geschützten Raum Schule für diese Gruppe benachteiligter Jugendlicher sind minimal im Vergleich zu Folgekosten durch chronische Erkrankungen, Erwerbslosigkeit und deren Folgen.



#### 4.2.4 Handlungsfelder aus pädagogischer Sicht - Stellungnahme des B/BFS-Kollegiums -

Die vorgelegten Untersuchungsergebnisse bekräftigen die Erfahrungen der Lehrkräfte aus ihrer täglichen Unterrichtspraxis: Die Schülerinnen und Schüler (insbesondere Mädchen) klagen über vielfache Beschwerden und Einschränkungen im somatischen, psychosomatischen und psychischem Bereich mit erheblichen Auswirkungen auf Schulbesuch und Unterricht.

Diese Erkenntnis führte u.a. schon 1994 zur Einrichtung einer Klasse für Schulmädchen an der Valckenburghstraße (Projekt „Kreativ in die Zukunft“). Auf Grund der dort gemachten guten Erfahrungen und eines deutlichen Bedarfs wurde 1997 eine weitere Klasse für Schulmädchen auf dem Schulschiff Deutschland aufgebaut.

Diese Angebote sind aufrecht zu erhalten bzw. auszubauen (z.B. in Zusammenarbeit mit betreuten Jugendeinrichtungen).

In B/BFS stellt der umfangreiche **Fachpraxisunterricht als zentraler Bestandteil des Bildungsganges** einen wesentlichen Zugang zu unseren Jugendlichen dar. Hier kommen viele Schülerinnen und Schüler nach langen Versagenszeiten erstmals wieder zu Erfolgserlebnissen.

Für den **Theorieunterricht (Allgemeine Bildung/Fachtheorie) sind angemessene didaktische Angebote zu machen, die die besondere Lebenslage dieser Jugendlichen berücksichtigen**. Im methodischen Bereich sind auch sonderpädagogische Ansätze und Vorgehensweisen notwendig, um langjährige Frustrationen und Misserfolgserlebnisse zu kompensieren. Der Wechsel auf eine Berufsschule und die damit verbundene Herauslösung aus alten, häufig belastenden Bezügen ist ein wichtiges Kriterium für einen erfolgsversprechenden Neuanfang. Hier stellt die Berufsschule auf Grund ihrer ausbildungsbezogenen professionellen Angebotsstruktur den geeigneten Lernort dar.

**Pädagogisch/psychologische Beratung** wird von den Lehrkräften sowohl für Schülerinnen und Schüler als auch für Eltern angeboten, die auch zur Annahme außerschulischer Hilfsangebote (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) führen kann.

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, haben sich die B/BFS – Klassenlehrerinnen und Klassenlehrer in den Bereichen Sonderpädagogik, Psychologie, Sozialpädagogik und Beratung bisher fort- und weitergebildet.

**Diese Fortbildungsangebote müssen aufrecht erhalten werden und besonders für neue Kolleginnen und Kollegen zum Tragen kommen.**



In der **inhaltlichen unterrichtlichen Arbeit** sind Angebote zu realisieren,

- ☞ die der **Persönlichkeitsförderung und –stabilisierung** sowie der **Stärkung der Sozialkompetenz** dienen;
- ☞ die eine **stärkere Betonung der musischen Fächer** mit Angeboten in Kunst, Musik, Rhythmus, Sport, Schwimmen, Fitness beinhalten;
- ☞ die eine **gezielte Gesundheitsförderung zur Vermittlung von Selbstkompetenzen** in bezug auf den eigenen Körper und den Umgang mit Krankheiten ermöglichen.

Dazu gibt es zur Zeit im Bildungsgang u.a. folgende Projekte:

- Babybedenkzeit
- Bewegte Schule
- Sexualpädagogische Beratung im Gesundheitsamt und bei pro familia
- Suchtprävention (Alkohol, Rauchen, Drogen, Essstörungen)
- Skifreizeiten, Kanufahrten, Teilnahme an Turnieren
- Seminare und Lerneinheiten zur Persönlichkeitsförderung in Zusammenarbeit mit dem „Cafe Compact“
- Kunstprojekt mit einer Kunsttherapeutin

**Diese und andere, neue Projekte sind weiter zu verstetigen und dürfen nicht in Konkurrenz zu den sog. „Lernfächern“ stehen. Sie bilden die Grundlagen bzw. Voraussetzungen, um Lernen in allen Bereichen erst möglich zu machen.**

Häufiges „Kranksein“ verhindert Kontinuität und Lernfortschritt in Schule und Ausbildung. Nur gesunde Schülerinnen und Schüler können angemessene Leistungen erbringen und so den zunehmenden Belastungen im Berufsleben gewachsen sein. Präventives Arbeiten in diesem Bereich verhindert langfristig hohe Folgekosten.

**Gesundheitserziehung ist als Bildungsziel zu definieren und diesbezügliche Projekte sind für diesen Bildungsgang weiter zu entwickeln und zu unterstützen.**



#### **4.2.5 Querschnittsaufgabe Gesundheitsbildung - Erwartungen an die Akteure -**

##### **☞ Bildung**

- Stärkung der praktischen Anteile im schulischen Bildungskonzept
- Erweiterung des schulischen Rahmens für gesundheitsbezogene Projekte
- Aufnahme gesundheitsfördernder Projektfelder ins Curriculum
- Gewährleistung der pädagogisch/psychologischen Weiterbildung für neue Lehrkräfte
- Schulpsychologische Kompetenz vernetzt mit sozialer Kompetenz vor Ort!
- Ressortübergreifende Kooperationsvereinbarungen für Projekte
- Erweiterung der praktischen Berufsfelderprobung auf weitere Berufsfelder

##### **☞ Soziales**

- Sozialarbeit in Schule in Verbindung mit Sozialarbeit im Wohnumfeld, Case-management
- Engere Kooperation mit dem Schulpsychologischen Dienst (Synergieeffekte)
- Aufsuchen der Jugendlichen durch Streetworker

##### **☞ Gesundheit**

- Befristetes Case-management durch den ÖGD bei überwiegend medizinischen Problemen
- Entwicklung von spezifischen Gesundheitsberatungsangeboten für besonders schwer erreichbare Jugendliche, z.B. im Projekt „Kreativ in die Zukunft“
- Weiterentwicklung und Ausbau des sexualpädagogischen Angebotes
- Niedrigschwellige Gesundheitsberatung für gefährdete Jugendliche

##### **☞ Krankenkassen**

- Finanzierung und Beteiligung an Projekten der Gesundheitsförderung (Setting-Ansatz entsprechend §20 SGB V)





## Literatur

- [1] Biermann H (1999) Jugendliche und junge Erwachsene mit Förderbedarf. Fachtagung ([www.learnline.nrw.de/angebote/jbf/medio/kooperation/koop.../VortrBierm11.htm](http://www.learnline.nrw.de/angebote/jbf/medio/kooperation/koop.../VortrBierm11.htm)) 12.5.2003
- [2] Baumert J et al. (Hrsg.) (2002) Pisa 2000 –Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
- [3] Die Ausländerbeauftragte des Landes Bremen (Hrsg)(2003) Integration und Zuwanderung. Entwicklungen im Land Bremen 2001/2003. Eine Zwischenbilanz
- [4] Gardemann J (1997) Sozialpädiatrische Untersuchungen und Erhebungen zum gesundheitlichen Befinden von Jugendlichen in Münster. Stadt Münster, Gesundheitsamt, Münster
- [5] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (Hrsg) (2001) Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg 2001. MASGF Land Brandenburg, Öffentlichkeitsarbeit, Potsdam
- [6] Becker U (2002) Die Ergebnisse der WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 in Hessen. Health Behaviour in School-aged Children – HBSC. FH Frankfurt am Main. Broschüre
- [7] Stadt Münster Gesundheitsamt (Hrsg.)02001) Münsteraner Sozialpädiatrische Berichte Oktober 2000, Münster
- [8] Hermann N, Mielck A (2001) Der Gesundheitszustand von deutschen und ausländischen Kinder: Warum ist Mehmet gesünder als Maximilian? *Gesundh.-Wesen.* 63:741-747
- [9] Kolip P (Hrsg) (1994) Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Juventa, Weinheim
- [10] Siegrist J (2000) Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz FW Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Fischer, München
- [11] Kolip P (1997) Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Leske und Budrich, Opladen
- [12] Palenthien C, Hurrelmann K (1994) Anpassung der medizinischen Versorgung an das gewandelte Krankheitsspektrum Jugendlicher. *Gesundh.-Wes.* 56:537-542
- [13] Kiss A (1997) Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin
- [14] Kolip P (2002) Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. Empirische Befunde und theoretische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt* 45:885-888
- [15] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2002) Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Endbericht 2002, Köln
- [16] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (1991) Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. Ausgewählte Ergebnisse der Berlin-Bremen-Studie. Band 5 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- [17] Gesundheitsreferat München (Hrsg) (1997) Jugendgesundheit. Schwerpunktbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Gesundheitsreferats der Landeshauptstadt München, München
- [18] Pinquart M, Silbereisen RK (2002) Gesundheitsverhalten im Kinder- und Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt* 45:873-878
- [19] Helfferich C (1995) Die Schwierigkeiten, Geschlechtsdifferenzen in gesundheitsbezogenem Risikoverhalten in der Jugend zu erklären. *Gesundh.-Wesen* 57:157-160
- [20] Hackauf H (2002) Gesundheit und Lebensstile Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt* 11:879-884
- [21] Keupp H (2002) „Riskante Chance“: Welche Kompetenzen zur Lebensbewältigung brauchen Jugendliche? Tagungsdokumentation ISA-Kongress 2001. Institut für soziale Arbeit, Münster
- [22] Hurrelmann K et al (2003) Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim
- [23] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002) Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- [24] AG der Spitzenverbände der Krankenkassen (2003) Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.6. 2000 in der Fassung vom 12.9.2003. Bergisch Gladbach
- [25] Trojan A, Stumm B (1992) Gesundheit fördern statt zu kontrollieren. Fischer, Frankfurt





---

## Anhang

Tabellen

Rechtsgrundlage

Fragebogen







## Tabellen:

**Tabelle 1: Teilnahmebereitschaft in den einzelnen Bildungsgängen**

Bildungsgang	gemeldete Schüler	untersuchte Schüler	Teilnahme in Prozent
Berufseingangsstufe/ BFS	337	276	82,0
Sprachklassen	117	33	28,0
Projekt „Kreativ in die Zukunft“	26	5	19,0
Gesamt	480	314	

**Tabelle 2: Altersverteilung**

Alter	Häufigkeit	Prozent
15 Jahre	57	20,7
16 Jahre	126	45,7
17 Jahre	80	29,0
18 Jahre	11	4,0
19 Jahre	1	0,3
20 Jahre	1	0,3
Gesamt	276	100

**Tabelle 3: Nationalität und Geschlecht**

Geschlecht	Deutsche		Nicht-Deutsche		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Männlich	92	54,4	72	67,3	164	59,4
Weiblich	77	45,6	35	32,7	112	40,6
Gesamt	169	100	107	100	276	100



**Tabelle 4: Nationalität und Deutschkenntnis**

Deutschkenntnis	Deutsche		Nicht-Deutsche		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
(wie) Muttersprache	149	88,2	11	10,3	160	58,0
zufriedenstellend	20	11,8	78	72,9	98	35,5
erschwert/ kaum/ keine			18	16,8	18	6,5
Gesamt	169	100	107	100	276	100

**Tabelle 5: Gesundheitszustand und ärztlicher Handlungsbedarf**

	medizinisch relevante Befunde		Überweisungen		Tätigkeits-Einschränkungen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	214	77,5	119	43,1	71	25,7
Nein	62	22,5	157	56,9	205	74,3
Gesamt	276	100,0	276	100,0	276	100,0

**Tabelle 6: Seh- und Hörschwächen**

Befund	Sehschwäche		Hörschwäche	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
mit Einschränkung für Berufstätigkeit	13	4,7	2	0,7
ohne Einschränkung für Berufstätigkeit	72	26,1	2	0,7
Unauffällig	191	69,2	272	98,6
Gesamt	276	100,0	276	100,0

**Tabelle 7: Befunde des allergischen Formenkreises einschließlich anderer Hauterkrankungen**

Befund	Allergische Rhinitis		Asthma bronchiale		Sonstige Allergien		Haut	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
mit Einschränkung für Berufstätigkeit	4	1,5	15	5,4	6	2,2	21	7,6
ohne Einschränkung für Berufstätigkeit	20	7,2	12	4,4	40	14,5	6	2,2
Unauffällig	252	91,3	249	90,2	230	83,3	249	90,2
Gesamt	276	100,0	276	100,0	276	100,0	276	100,0



**Tabelle 8: Orthopädische Befunde**

Befund	Häufigkeit	Prozent
mit Einschränkung für Berufstätigkeit	22	8,0
ohne Einschränkung für Berufstätigkeit	41	14,8
Unauffällig	213	77,2
Gesamt	276	100,0

**Tabelle 9: Körpergewicht**

Befund	Übergewicht		Untergewicht	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
mit Einschränkung für Berufstätigkeit	1	0,4		
ohne Einschränkung für Berufstätigkeit	45	16,3	16	5,8
Unauffällig	230	83,3	260	94,2
Gesamt	276	100,0	276	100,0

**Tabelle 10: Neurologische Befunde und psychisch/ psychosoziale Auffälligkeiten**

Befund	neurologisch		psychisch/ psychosozial	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
mit Einschränkung für Berufstätigkeit	2	0,7	1	0,4
ohne Einschränkung für Berufstätigkeit	8	2,9	53	19,2
Unauffällig	266	96,4	222	80,4
Gesamt	276	100,0	276	100,0

**Tabelle 11: Befunde des Brustraumes und des Bauchraumes (ohne Asthma bronchiale)**

Befund	Respiratorisch		Kardiologisch		Abdominell	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
mit Einschränkung für Berufstätigkeit	1	0,4	5	1,8		
ohne Einschränkung für Berufstätigkeit	21	7,6	11	4,0	12	4,3
Unauffällig	254	92,0	260	94,2	264	95,7
Gesamt	276	100,0	276	100,0	276	100,0



**Tabelle 12: Befunde der Drüsen und Sonstige Befunde**

Befund	Endokrinologisch		Sonstige	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
mit Einschränkung für Berufstätigkeit			2	0,8
ohne Einschränkung für Berufstätigkeit	8	2,9	24	8,6
Unauffällig	268	97,1	250	90,6
Gesamt	276	100,0	276	100,0

**Tabelle 13a: Beschwerden, Selbsteinschätzung (Mehrfachnennungen möglich)**

Art der Beschwerden	Kopfschmerzen		Schwindel/ Ohnmachtsanfälle		Atemnot/ Husten		Schlafstörung/ Unruhe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	102	37,0	53	19,2	52	18,8	49	17,8
Nein	174	63,0	223	80,8	224	81,2	227	82,2
Gesamt	276	100	276	100	276	100	276	100

**Tabelle 13b: Beschwerden, Selbsteinschätzung (Mehrfachnennungen möglich)**

Art der Beschwerden	Übelkeit/ Magen-schmerzen/ Erbrechen		Verstopfung/ Durchfälle		Sonstige Beschwerden	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Ja	42	15,2	14	5,1	6	2,2
Nein	234	84,8	262	94,9	270	97,8
Gesamt	276	100	276	100	276	100

**Tabelle 14: Risikoverhalten: Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum**

Risikoverhalten	Rauchen		Alkoholkonsum		Drogenkonsum	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Fehlende Angabe			1	0,4%		
Ja	181	65,6%	113	40,9%	25	9,1%
Nein	95	34,4%	162	58,7%	251	90,9%
Gesamt	276	100%	276	100%	276	100%



---

## Auftrags- und Rechtsgrundlage

Die Verordnung über eine Teilnahmeverpflichtung an ärztlichen Untersuchungen für Schülerinnen und Schüler an beruflichen Schulen im Land Bremen vom 18. Juli 1997 auf Grundlage des Bremischen Schulverwaltungsgesetzes (§ 17 Abs. 4 vom 20.12.1994) stellt eine schulärztliche Untersuchung und Beratung für folgende Schülerinnen und Schüler sicher:

- § 1 *Schülerinnen und Schüler der Berufseingangsstufe der Berufsfachschulen (B/BFS) sind verpflichtet, an einer ärztlichen Untersuchung durch den Schulärztlichen Dienst des zuständigen Gesundheitsamtes teilzunehmen.*
  
- § 2 *Schülerinnen und Schüler ... des Berufsgrundbildungsjahres und der ausbildungsvorbereitenden Bildungsgänge in Vollzeitform nach § 30 des bremischen Schulgesetzes sind verpflichtet, an einer ärztlichen Untersuchung durch den Schulärztlichen Dienst des zuständigen Gesundheitsamtes teilzunehmen, es sei denn, sie weisen bei Beginn des Schuljahres eine Bescheinigung über eine Jugendarbeitsschutz-Untersuchung vor, die nicht älter als 14 Monate ist. Die Untersuchung entfällt auch für Schülerinnen und Schüler, die bereits an einer Untersuchung nach § 1 teilgenommen haben.*





## **Fragebogen zur schulärztlichen Untersuchung**

Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage das zutreffende Kästchen an, und bringen Sie den Bogen zur Untersuchung mit. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden gemäß Schuldatengesetz nur für den angegebenen Zweck genutzt. Bringen Sie bitte auch Ihren Impfausweis zur Untersuchung mit!

### **Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?**

Sehschwäche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hörschwäche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sprachstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Depressionen, Ängste	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Bronchitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankung (Blutdruck)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzfehler, Herzmuskelerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Störung der Blutgerinnung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Krampfadern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis (Gelbsucht)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blasen-/Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Körperbehinderung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen-, Knochen-, Gelenkerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer anderen hier nicht erwähnten Erkrankung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**Bitte wenden !**





### **Derzeitige Beschwerden** \_\_\_\_\_

- |                                     |                             |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kopfschmerzen                       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schwindel, Ohnmachtsanfälle         | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Atemnot, Husten                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit, Magenschmerzen, Erbrechen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verstopfung, Durchfälle             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Schlafstörung, Unruhe               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Beschwerden                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### **Gesundheitsverhalten und Gewohnheiten** \_\_\_\_\_

- |                               |                             |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie?                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie Alkohol?          | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie Drogen?            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### **Sonstiges** \_\_\_\_\_

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Tragen Sie eine Brille?                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie ein Hörgerät?                    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Benötigen Sie regelmäßig Medikamente?       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

### **Wichtiges aus der Vergangenheit** \_\_\_\_\_

- |                                     |                             |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie einen schweren Unfall?   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schon mal operiert worden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

**Ihr Berufswunsch**.....

Datum ..... Name .....Vorname .....